

Ghiorzi, Florencia

Criterios utilizados por los profesionales de un centro de salud mental para la comunicación de diagnóstico a los usuarios: contexto clínico

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Petit, María Cecilia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de sistematización de prácticas

*“Criterios utilizados por profesionales de un centro de salud mental
para la comunicación del diagnóstico a los usuarios”*

Contexto clínico

AUTORA: Florencia Ghiorzi

Córdoba, Argentina

2019

*“Criterios utilizados por profesionales de un centro de salud mental
para la comunicación del diagnóstico a los usuarios”*

- *“Dígame una cosa más... como una curiosidad personal- concluyó Abbey -
¿Cuál considera usted el principio fundamental, la idea básica, diré, que observa en
el ejercicio de su profesión?”*

*Hubo una pausa durante la cual Andrés reflexionó desesperadamente. Al fin,
sintiendo que comprometía todo el buen efecto ya logrado balbució:*

- *“Creo... creo en mi fuero íntimo que no debo tomar nada como absoluto.”*

Archibald Joseph Cronin - La ciudadela

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de sistematización de prácticas

*“Criterios utilizados por profesionales de un centro de salud mental
para la comunicación del diagnóstico a los usuarios”*

Contexto clínico

AUTORA: Florencia Ghiorzi

DNI: 38.503.713

DIRECTORA: Mgter. María Cecilia Petit

Córdoba, Argentina

2019

ÍNDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN.....	9
2.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	12
	3.1 Organigrama de la Institución	16
3.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN	17
	5.1 Objetivo general.....	20
	5.2 Objetivos específicos	20
5.	PERSPECTIVA TEÓRICA	21
	6.1 Diagnóstico	22
	6.1.1 <i>Enfoque Sistémico</i>	24
	6.1.2 <i>Terapia Sistémica</i>	25
	6.1.3 <i>Diagnóstico sistémico</i>	26
	6.1.4 <i>Enfoque cognitivo-conductual</i>	28
	6.1.5 <i>Terapia cognitiva-conductual</i>	29
	6.1.6 <i>Diagnóstico cognitivo conductual</i>	31
	6.1.5 <i>Enfoque Psicoanalítico</i>	32
	6.1.6 <i>Terapia psicoanalítica</i>	34
	6.1.6 <i>Diagnóstico psicoanalítico</i>	35
	6.1.7 <i>Enfoque Neuropsicológico</i>	38
	6.1.8 <i>Terapia neuropsicológica</i>	39
	6.1.9 <i>Diagnóstico neuropsicológico</i>	40
	6.2 Comunicación del diagnóstico.....	43
	6.3 Recursos personales.....	47
	6.4 Ciclo vital.....	50

6.4.1	<i>Infancia</i>	50
6.4.2	<i>Adolescencia (de los 12 a los 19 años aproximadamente)</i>	51
6.4.3	<i>Adultez</i>	52
6.4.4	<i>Vejez (de los 60 en adelante)</i>	52
6.5	Marco legal	54
6.5	Bioética	58
6.	MODALIDAD DE TRABAJO	62
7.1	Técnicas para recolectar información	63
7.2	Caracterización de los sujetos	63
7.3	Consideraciones éticas	66
7.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	67
7.1	Recuperación del proceso vivido	68
7.2	Análisis y síntesis	74
7.2.1	<i>Criterios para la comunicación del diagnóstico según la orientación teórica de los profesionales.</i>	74
7.2.2	Influencia del tipo de diagnóstico en la comunicación del diagnóstico	91
7.2.3.	Importancia de los recursos personales del usuario para la comunicación del diagnóstico	97
7.2.4.	Influencia del ciclo vital del usuario en la comunicación del diagnóstico	102
7.2.5.	Normativas de diagnóstico y tratamiento.	114
8.	CONCLUSIONES	119
9.	BIBLIOGRAFÍA	130

ÍNDICE DE SIGLAS

TIF: Trabajo integrador final

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición

DSM V: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades, décima edición

TCC: Terapia cognitivo conductual

TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo integrador final surge a partir de las actividades realizadas en el marco de la Cátedra Práctica Profesional Supervisada, dentro del marco del contexto clínico en el Centro Integral de Neurociencias Almenara durante el 2018. Las prácticas incluyeron diferentes actividades: entrevistas de admisión, evaluaciones neuropsicológicas, supervisiones grupales con profesionales, seguimientos de casos y talleres. El rol que me fue asignado en un comienzo fue de observador participante, y de manera progresiva se fue otorgando mayor participación.

La institución es un centro de atención interdisciplinario, en donde se brindan distintos tipos de terapias. Se aborda al usuario¹ integralmente desde el área de psiquiatría, psicología y psicopedagogía. Entre los enfoques teóricos que se utilizan en la institución predominan el cognitivo-conductual y la neuropsicología, pero también se desempeñan profesionales desde la sistémica y el psicoanálisis.

El eje de sistematización elegido surge a partir de las entrevistas de admisión y las supervisiones, en las que se observó que los profesionales tenían distintos posicionamientos en cuanto al informar o no el diagnóstico al paciente. A partir de esto se generaron interrogantes con respecto a la comunicación del diagnóstico, entre ellos algunos como: ¿Siempre se debe comunicar el diagnóstico? ¿Tiene algún sentido terapéutico que el usuario lo sepa? ¿El usuario tiene derecho a conocer su diagnóstico? ¿Existen principios o leyes que amparen el no comunicarlo? ¿Tiene relación la comunicación o no del diagnóstico con el enfoque teórico del profesional?

El diagnóstico es una herramienta de sumamente delicada en el ámbito clínico de la psicología. Diversos autores desarrollan en sus postulados que se debe considerar su correcta utilización, ya que, como cualquier herramienta, puede tener usos adecuados o inadecuados usos. Camacho (2006) sugiere apartarse de la lógica extremista, cuya propuesta es diagnosticar todo o no diagnosticar nada. Pensar en

¹ Se utilizará durante todo el trabajo integrador final la palabra usuario siguiendo la propuesta de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657.

diagnósticos funcionales, utilizándolos a modo de andamio mientras nos sirvan y después poder hacerlos a un lado, para no perder de vista a las personas.

La modalidad de trabajo implicó, por un lado, entrecruzar los registros de la práctica que condensan las distintas intervenciones profesionales ligadas a la comunicación o no del diagnóstico a diferentes usuarios de la institución; por el otro, se realizaron entrevistas a 9 profesionales de la institución, con formación de distintos enfoques en donde se recopiló información sobre los criterios que se utilizan a la hora de decidir si se comunicará o no el diagnóstico al usuario.

A partir de esto se fueron trazando las categorías de análisis delimitadas a partir de los objetivos. Entre éstas, se optó por analizar: el enfoque teórico, el tipo de diagnóstico, los recursos personales del usuario, el ciclo vital y, por último, las normativas con respecto al diagnóstico.

El trabajo se estructura en apartados, en donde se sitúa en primer lugar a la descripción del contexto institucional en el que se desarrollaron las prácticas. Luego se plantea el eje de sistematización escogido y los objetivos que se buscan alcanzar, tanto el general como los específicos. En tercer lugar, se desarrolla la perspectiva teórica que permitirá dar un marco conceptual al trabajo, pasando por distintas conceptualizaciones de diversos autores en torno a la temática. En el siguiente apartado se presenta la modalidad de trabajo, en donde se explicitan las técnicas que se seleccionaron para recabar la información acerca del eje de sistematización, se caracterizan los sujetos que participaron de las entrevistas, y por último las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta.

En el siguiente apartado, se realiza un análisis de la experiencia en dos momentos: en el primero, se explicita la recuperación del proceso vivido durante los meses de abril hasta diciembre de 2018 y, en el segundo, se efectúa un análisis específico del eje de este trabajo articulando la teoría con la práctica en sí misma. Por último, se desarrollan las conclusiones y se incluyen las referencias bibliográficas.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La institución en donde se realizó la práctica profesional supervisada fue el “Centro Integral de Neurociencias Almenara”. Se encontraba situado en el tercer piso del edificio de Conci-Carpinella, una clínica médica polivalente ubicada en el centro de la Ciudad de Córdoba, con acceso por diferentes domicilios según la sede; la clínica se encuentra en un momento de expansión, ya que se fueron adquiriendo nuevas unidades de salud para dar una atención integral al sujeto con un mayor nivel de complejidad.²

Almenara se fundó en el 2009, surgió con la idea de formar un equipo que se aboque a ser un Centro Educativo Terapéutico para usuarios con discapacidad mental. Con el tiempo, esto cambió y los profesionales se fueron especializando en neurociencias. Por esto mismo, la institución se relacionaba constantemente con la unidad de neurología ubicada en el quinto piso del edificio. Allí trabajaban médicos psiquiatras y neurólogos, y contaba con una sección para hacer electroencefalogramas.

Durante el año 2018 Conci- Carpinella fue incorporando de forma gradual al instituto Almenara. Esto impactó en el mayor el intercambio y flujo de usuarios con otras áreas o disciplinas de la institución, favoreciendo a un enfoque interdisciplinario y un mayor dinamismo en las derivaciones e interconsulta.

Los principales servicios que ofrecía la institución eran: evaluaciones neurocognitivas, terapia psicológica desde distintos enfoques teóricos, psicopedagogía y psiquiatría. Abarcando la atención de niños, adolescentes, adultos y gerontes. Entre los profesionales psicólogos, las formaciones que prevalecen son los enfoques cognitivo-comportamental y la neuropsicología. Pero a su vez, el equipo contaba con una psicóloga con enfoque sistémico, y otras con formación psicoanalítica.

Antes existía un área de fonoaudiología, pero en el momento de la práctica los profesionales no ejercían en la institución. En psicopedagogía había un solo

² Las distintas unidades que forman parte de la clínica se especificaran en el organigrama.

profesional que se dedicaba principalmente a la orientación vocacional. En psiquiatría había profesionales que se especializaban en niños y otros de adultos.

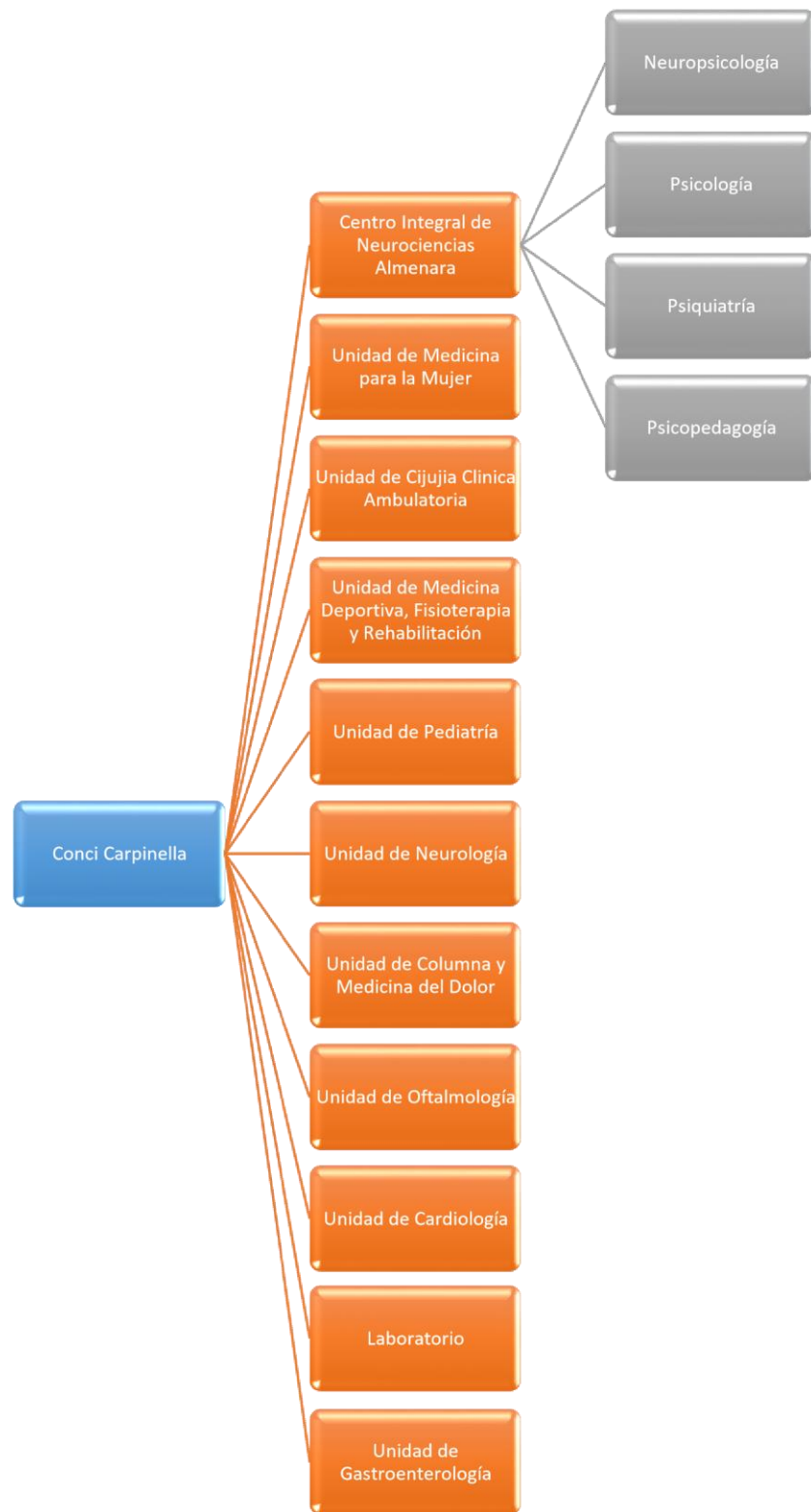
El Instituto Almenara contaba con un área de formación, se brindaban talleres y cursos de posgrado, dirigidos a los usuarios que asisten, como también a la comunidad en general, y a los profesionales y estudiantes avanzados. Durante el año 2018, se dictó el taller “Creando límites” con la finalidad de formar y orientar a padres y a profesionales para brindarles técnicas de modificación de la conducta y regulación emocional de los niños. Las pasantes fuimos invitadas a formar parte de este taller, así como a uno de “Mindfulness” dictado por la coordinadora del área de psicología.

La institución atendía al público de lunes a viernes de 8.00hs a 20.00hs., los turnos se otorgaban según los días que trabaje el profesional y teniendo en cuenta la disponibilidad horaria de los usuarios. Las entrevistas de admisión eran administradas principalmente por la coordinadora del área de psicología o uno de los terapeutas del equipo. En estas, se asignaba al profesional o profesionales que tendrían a cargo el usuario, dependiendo la necesidad del mismo principalmente y su compatibilidad con los horarios de los profesionales. El equipo estaba altamente capacitado y contaba con una muy buena predisposición para la atención de los usuarios. Se especializaban en diferentes áreas, enfoques teóricos y momentos evolutivos lo que permitía que la atención del usuario se adecúe a sus necesidades y demanda. En la página web del instituto se aclara: “El servicio de salud mental de Conci y Carpinella está formado por un equipo interdisciplinario de profesionales y busca adaptar el tratamiento a las realidades particulares de cada caso, considerándolo único y específico” (Almenara Salud Mental, 2017).

La clínica contaba con seis consultorios, una sala de espera con espacio para seis o siete personas. Poseía baños diferenciados para los usuarios y para los profesionales, una cocina, que hacía muchas veces de lugar de encuentro y descanso para el equipo de trabajo. También había un amplio salón de usos múltiples, en donde se realizaban pequeñas capacitaciones, reuniones, talleres y las supervisiones semanales.

Se advirtió un abordaje interdisciplinario entre psiquiatría y psicología. Se realizaban interconsultas y derivaciones de los usuarios entre los profesionales de la institución. En la instancia de supervisión se podía ver la interrelación entre las áreas con claridad, se presentaban casos y se aportaban diversas miradas hacia las temáticas que se presentaban, y se observaban la diversidad de enfoques con los que se trabajaba en la institución. Se realizaban todos los jueves en el horario de almuerzo, era un espacio en el que compartían casos clínicos, capacitaciones y se aportaban ideas para el trabajo de los colegas.

3.1 Organigrama de la Institución



3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Criterios utilizados por profesionales de un centro de salud mental para la comunicación del diagnóstico a los usuarios.

4. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Indagar los criterios que utilizan los profesionales para la comunicación del diagnóstico a los usuarios del Centro Integral de Neurociencias Almenara.

5.2 Objetivos específicos

- Distinguir si existen similitudes o diferencias en los criterios para la comunicación del diagnóstico según la orientación teórica de los distintos profesionales.
- Identificar si el tipo de diagnóstico influye para comunicárselo al usuario.
- Explorar si se tienen en cuenta los recursos personales del usuario para comunicar el diagnóstico.
- Advertir la influencia del ciclo vital del usuario en la comunicación del diagnóstico.
- Identificar el conocimiento que poseen los profesionales sobre la normativa respecto al diagnóstico y tratamiento.

5. PERSPECTIVA TEÓRICA

Existen diversas definiciones y discusiones en torno a qué es y para qué sirve un diagnóstico en el área de la salud mental. En el siguiente apartado, se define lo que es un diagnóstico, para ir especificando luego las distintas concepciones que hay desde los distintos enfoques de la psicología. El trabajo apunta principalmente a denotar qué criterios utilizan los profesionales a la hora de informar o comunicar un diagnóstico, por lo que se considera importante dar cuenta del marco legal que respalda los criterios de comunicación del diagnóstico. Por último, se expone un punto de vista sobre el tópico, teniendo en cuenta los aportes de la bioética en la psicología clínica.

6.1 Diagnóstico

Cabe aclarar que se utilizara bibliografía específica sobre diagnósticos en salud mental, diferenciándolo del diagnóstico en general.

Camacho (2006), plantea que los diagnósticos en son construcciones que permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas, y se realizan mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Es de suma importancia destacar que los diagnósticos no son la realidad, son meras construcciones que tienen alguna utilidad. El autor expone que: “Los diagnósticos fácilmente son reificados, cosificados y tomados como verdades inamovibles, en cuanto esto ocurre, los mismos pierden su funcionalidad original y comienzan a tener otros usos cuestionables como la rotulación” (p.1).

Los diagnósticos pueden hacerse con diversos fines: Camacho (2006) identifica a algunos de éstos como negativos y otros como positivos. Entre estos últimos, destaca que el tener en claro el diagnóstico, facilita una planificación de intervención en función a éste. Se proponen técnicas específicas para cuadros específicos, pudiendo facilitar la resolución de problemáticas. Además, el conocer el cuadro y tener un diagnóstico claro, posibilita la derivación para una interconsulta, facilitando también un lenguaje común con otros profesionales. También destaca la posibilidad de homogeneizar una muestra a partir de diagnósticos fiables: esto contribuye con las investigaciones. Por último plantea que, en algunos casos, permiten

conocer ciertos rasgos de personalidad o problemáticas específicas que pueden ser útiles en situaciones específicas.

Algunos de los fines negativos que un diagnóstico puede tener en el área de la salud mental mencionados por el autor son: rotular a las personas tratándolas como patologías, cosificando, des-humanizando y des-subjetivando así la práctica clínica. Muchas veces estos rótulos funcionan como profecías autocumplidas, encasillando a los usuarios en un lugar, tratándolos de una manera específica y esperando que la persona se atribuya un patrón de conducta en pos al diagnóstico. Otro aspecto negativo, es buscar explicar los hechos o situaciones mediante éstos. Esto hace que el diagnóstico obstaculice la posibilidad de pensar y reflexionar, ya que se justifica todo en función de éste.

Se considera importante destacar lo postulado por Camacho (2006):

Los diagnósticos, son aproximaciones, más o menos precisas, pero siempre son construcciones que deben ser revisadas, ya que las mismas cambian no sólo en cada paciente a nivel individual, sino que la comunidad científica misma modifica los sistemas clasificatorios y por ende los diagnósticos o los criterios que utiliza para delimitar las diferentes entidades clínicas. También los diagnósticos deben ser correctamente utilizados, ya que como cualquier herramienta, puede tener buenos o malos usos, hay que salir de la lógica maniquea que propone diagnosticar todo o no diagnosticar nada y pensar en diagnósticos funcionales que a modo de andamio los utilizamos mientras nos sirven y después podemos dejarlos de lado, para no perder de vista a las personas. Se dice que no hay enfermedades sino enfermos, lo mismo podemos decir en nuestro campo, no hay trastornos o diagnósticos, sino personas con problemas. (p.1)

Adela García (1997), por su parte, manifiesta que en psicoterapia y en la cultura en general, un diagnóstico implica que el objeto y el método de indagación están basados en suposiciones estables, como en el dominio biomédico. Este opera como un código profesional que tiene la función de recoger, analizar y ordenar datos.

En la medida en que se encuentran similitudes y pautas, los problemas calzan con sistemas de categorías basados en déficits, como el DSMIV lo hace en relación con los individuos. La autora refiere que, en psicología, el diagnóstico se realiza basándose en los relatos, en las descripciones de comportamientos hechas por las propias personas acerca de si mismas o de otras; debido a esto, se hayan en dominio de la interpretación. El diagnóstico no está claramente definido y el tratamiento no es único, sino que depende del marco teórico del terapeuta.

Para seguir pensando la cuestión del diagnóstico, resultan relevantes los aportes de Cerverio (2013), quien plantea que el tema del diagnóstico fue y es un tema arduo de interpretar. Entre los profesionales de la psicología clínica y la psiquiatría existen diversas apreciaciones de lo que es un diagnóstico. Algunas de ellas en defensa del diagnóstico y la medicación consecuente, y otras posturas extremas que no contemplan el diagnóstico como una variable dentro del tratamiento. Estas posiciones evidencian ideologías, modelos teóricos, pragmatismo terapéutico y hasta posturas políticas.

Rubinstein (citado en Kopelovich, 2011) explica que no se puede hablar de diagnóstico sino en el marco de la teoría que se inscribe, ya que hacer diagnóstico es hacer teoría, construir un saber. Es por esto, que en el trabajo se va a explorar el abordaje diagnóstico desde distintos enfoques teóricos, que serán abordadas en función de los terapeutas con los que me relacioné en la práctica; éstos se especializaban específicamente en el enfoque sistémico, cognitivo-conductual, psicoanálisis y neuropsicología.

6.1.1 Enfoque Sistémico

La psicología sistémica posee un amplio recorrido teórico en cuanto a sus bases epistemológicas. Serebrinsky y Rodríguez (2014), describen los principales fundamentos teóricos para estudiar un sistema humano basándose principalmente en la teoría de los sistemas desarrollada por Bertalanffy, como así también en la teoría cibernética de Wiener. Plantean que, si bien es cierto que son dos teorías

fundamentales, también hay otras teorías de igual importancia que conforman la teoría de los sistemas. El estudio de los sistemas humanos fue abordado por destacados autores a partir de los años cincuenta, entre ellos Bateson quien realizó investigaciones sobre la comunicación en el campo de la antropología, la etología y la psiquiatría; Watzlawick, quien teorizó sobre la comunicación humana y sentó las bases sistémicas en torno a esta temática, y Minuchin quien estudió los sistemas humanos y en particular por su organización.

Espinal, Gimeno y González (s/f), por su parte aportan que las Escuelas de Palo Alto y Milán basaron en el modelo sistémico sus intervenciones. Posteriormente, el modelo evolucionó, contrastando sus resultados con la experiencia clínica y con la investigación empírica de laboratorio. Al tiempo, fue incorporando elementos de otras teorías psicológicas, como el constructivismo, la gestalt, el psicoanálisis, el modelo cognitivo-comportamental y la teoría de aprendizaje social, dejando de manifiesto la flexibilidad y la capacidad integradora del modelo.

Es importante mencionar, que la teoría de los sistemas humanos ha sido muy criticada, ya que muchos profesionales la visualizan como un manojo de conceptos inconexos. Esto probablemente se deba a que los aportes fueron contribuidos por distintos grupos de estudiosos que se conformaron en las diversas escuelas sistémicas, sin haber realizado verdaderos intentos por unir sus conceptos en una gran teoría de manera explícita. A pesar de esto, es indudable que todos los aportes teóricos conforman sólidos conceptos que agrupados conforman la teoría sistémica. (Serebrinsky y Rodriguez, 2014)

6.1.2 Terapia Sistémica

Del Rio (2012) propone que la terapia sistémica pone su acento en la organización del sistema, en las formas de interactuar que tienen los integrantes de una familia o pareja, y en la promoción del cambio estructural que necesita para dejar de ser disfuncional.

Watzlawick (Recuperado de Del Rio 2012), plantea que dicho cambio estructural, implica una serie de transformaciones en el seno del sistema. Es un cambio de perspectiva, una forma diferente de interpretar la realidad, modificando las pautas de transacción del sistema; este cambio implica innovación.

Del Rio (2012) manifiesta que esta rama de la psicología no trata al individuo como un ente solo, sino que concibe la persona como parte de un sistema base que se trata la familia. Las relaciones que se establecen dentro de la familia son determinantes en el desarrollo de las creencias e interpretaciones del mundo.

Para concluir se menciona a Serebrinsky y Rodríguez (2014) quienes destacan que la teoría sistémica no consiste en un manojito de simples técnicas psicoterapéuticas, sino en una teoría que posee sólidos fundamentos epistemológicos que surgen de las ciencias modernas y en los cuales se apoya.

6.1.3 *Diagnóstico sistémico*

Un diagnóstico sistémico tiene la finalidad de no agrupar signos y síntomas en busca de orígenes comunes, sino de conocer el sistema observado. “El diagnóstico de una persona y de un sistema tienen un mismo objetivo: conocer el fenómeno que se observa en su totalidad, esto es, a la persona en función de los sistemas en que se desarrolla” (Roggia, 2018).

Cerverio (2013) expresa con respecto a la temática: “Desde una perspectiva contextual sistémica, por medio de la cual se intenta integrar numerosas reverberancias de interacciones, el diagnóstico individual resulta sencilla y complejamente la punta del iceberg” (p.156).

La terapia familiar tiene su raíz, y ha crecido en una perspectiva fuertemente crítica de la psiquiatría clásica, de las patologías de manual y de la estigmatización diagnóstica asociada a sus concepciones esencialistas. Desde la patología de manual, no solo se estigmatiza al usuario, sino que queda anulada la creatividad y la sensibilidad del terapeuta. Es clave una construcción seria, multidimensional y contextualizada sobre el diagnóstico. Desde este punto de vista, lo que se necesita no

son rótulos, sino teorías potentes e instituciones y profesionales capaces de contextualizar y utilizar el background teórico y experiencial como “orientadores de sentido” de la práctica clínica. (Najmanovich, 1977)

Hersovici (1997) por su parte enuncia que el diagnóstico es una herramienta que lleva a una forma de nuevo conocimiento. Es la explicación que provee las bases para continuar con la exploración: ésta puede ratificarse o rectificarse, corregirse y renegociarse, será una entidad en evolución que se utilizará para guiar la práctica.

En la experiencia, el terapeuta sistémico, puede clasificar la información para realizar una hipótesis diagnóstica en rubros que van desde: lo sintomático, lo interaccional, lo evolutivo individual y familiar, lo emocional, lo cognitivo, lo histórico, los factores de mantenimiento, lo individual, lo sociopolítico, los valores, etc. El conocimiento es lo que permite ordenar los fenómenos que se presentan, de modo de tener una nosología que avale nuestra intervención. Hersovici (1997) explica: “El sistema clasificatorio que nos permite acercarnos a lo antedicho es actualmente el DSM-IV. Es defectuoso e incompleto, pero no es su existencia la que está en cuestión, sino como trascender las restricciones de un diagnóstico individual para incluir el sistema relacional” (p. 91).

Es importante poder discutir también sobre lo positivo o negativo que puede conllevar un diagnóstico. De la Cruz (2000) propone usos correctos o incorrectos de implementar el diagnóstico. Por un lado, se puede implementar correctamente en distintas situaciones, ya sea como en conversaciones privadas en el ámbito clínico, donde el terapeuta pone en palabras los parámetros que usa para comprender y cuyo objetivo es terapéutico. También se puede utilizar para consensuar con los consultantes nuevas alternativas de solución, considerando a cada diagnóstico siempre como transformable. A su vez, en el ámbito de puertas para afuera, se convierte en un instrumento para compartir información entre otros profesionales, con los que se intercambian conocimientos, metodologías y prácticas referidas a diferentes problemas para lo que necesitamos un lenguaje común.

Por otro lado, la autora propone que el diagnóstico puede tener usos muy estigmatizantes o hasta dormitivos si sirve para etiquetar a un usuario y encerrarlo en

una institución, o señalarlo como el “loco de la familia”, como así también, si se utiliza para bajar las ansiedades del profesional, creyendo que al conocer el rótulo ya le otorga solución a la problemática del usuario. Otro uso equivocado, consistirá en explicitarle el diagnóstico al usuario, aunque podría utilizarse como parte de una estrategia, logrando enquistar aún más la sintomatología. Y muchas veces también cuando el usuario trae su propio rótulo otorgado por otro profesional, amigos, parientes, etc., puede llegar a dar como resultado una profecía auto cumplida, construyendo y confirmando el título atribuido, como un usuario obediente.

Siguiendo con los aportes de De la Cruz (2000), se reafirma que el diagnóstico es solamente una parte del trabajo terapéutico. Este como hipótesis es un estructurando, se va construyendo sesión tras sesión, es una hipótesis abierta y sometida al ingreso de nueva información que lo enriquece, certifica o reformula. Se encuentra en permanente reestructuración, y es muy importante destacar que el diagnóstico en el enfoque sistémico es multifacético.

6.1.4 Enfoque cognitivo-conductual

El enfoque cognitivo-conductual, tiene sus orígenes en el desarrollo de la Inteligencia Artificial, posteriormente se fue extendiendo al procesamiento de la información en sistemas cognitivos humanos. Ruiz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo (2012) explican que desde momentos iniciales, la terapia cognitiva-conductual se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje. Una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina. Ruiz (s/f) manifiesta que a lo largo de los años la teoría se fue desarrollando con aportes de diversos autores, como Pavlov con su teoría del aprendizaje condicionado que fue tomando cuerpo en el enfoque conductista de Watson, Skinner y Thorndike.

De estos modelos iniciales, se fueron derivando técnicas conductuales tales como la desensibilización sistemática y el refuerzo positivo. Pasado el tiempo se le fue dando mayor relevancia al factor social, impulsado por Skinner quien apoyaba que la psicología se tenía que convertir en una ingeniería de la conducta encaminada

al control social. Siguiendo con esto Albert Bandura a partir de 1960 desarrolló su teoría de aprendizaje social. Incorporó la idea de que no solo el refuerzo opera en el establecimiento de un comportamiento, sino que también es necesario considerar la influencia recíproca que un sujeto tiene sobre otro.

Ruiz (s/f) describe que paralelamente al enfoque conductual fue evolucionando el enfoque cognitivo: éste ponía el acento en la consideración de variables conceptuales y la intervención cognitiva. Se destacan dos autores principales precursores de este enfoque: Albert Ellis y Aaron Beck, ambos provenientes del psicoanálisis teórico. Ellis identificó entre las causas de patología de sus usuarios, patrones distorsionados de pensamientos específicos, y entre sus aportes se destaca la distinción entre creencias racionales y creencias irracionales. Un aporte muy importante en el que se basa gran parte de la teoría cognitiva es el método ABC. En el esquema, A ocupa el lugar de los estímulos, B el de las creencias y C las respuestas, que están mediadas a partir de B. Beck por su parte desarrolló un modelo cognitivo de la depresión, que consideraba que ésta era efecto de la ira y hostilidad dirigidas hacia sí mismo. Estas distorsiones cognitivas son conceptualmente similares a las creencias irracionales de Ellis. Luego amplió su teoría, iniciándose en el campo de la ansiedad y las fobias, donde se destaca la percepción de un peligro orientado al futuro.

Para concluir, Ruiz(s/f) explica que la terapia cognitiva es un modelo de intervención que se fundamenta en el conocimiento de las construcciones cognitivas de un sujeto y la comprensión del significado personal que éstas representan. Dichas construcciones estructurales operan imprimiendo un carácter particular a las cogniciones, los comportamientos y las emociones.

6.1.5 Terapia cognitiva-conductual

A partir de los aportes epistemológicos, se podría decir que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido, en las últimas tres décadas, en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental

sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. (Ruiz Fernandez et al., 2012)

Las autoras manifiestan que la Terapia Cognitivo Conductual reúne un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneas. Se utilizan para el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida.

Gómez (2010) con respecto esta temática, reafirma que a través de la terapia cognitiva-conductual se pueden abordar problemáticas muy dispares, desarrollando técnicas que cuentan con respaldo científico. La psicología cognitivo-conductual se centra en problemas del aquí y ahora. Tiene en cuenta el origen, pero busca esencialmente mejorar su estado en el presente, en lo que podemos modificar en la actualidad.

Este tipo de terapia se funda en la concepción según la cual la actividad específica del ser humano depende de que posee un sistema mental. Gómez (2010) explica:

La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia. Lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnoseológica. (p.2)

El autor indica que la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia: es así como cumple una tarea particularmente cognitiva. La mente está constituida por una actividad procesal a través de la cual cada persona se auto organiza al mismo tiempo que se constituye como un sujeto transformador de la realidad.

6.1.6 *Diagnóstico cognitivo conductual*

El diagnóstico en la terapia cognitivo-conductual posee un papel fundamental como guía para el proceso de tratamiento y para la evaluación de los resultados. Se considera de suma importancia la evaluación, ya sea del comportamiento del usuario, de sus patrones de pensamiento o de ambos aspectos, y a partir de estos se lleva a cabo la elaboración del diagnóstico. (Corey, Schneider Corey & Callanan, 2007)

Según Beck (2000), el foco en la terapia se coloca, fundamentalmente, en la identificación de pensamientos y creencias disfuncionales y en las reacciones emocionales, fisiológicas y comportamentales que aparecen asociados a esos pensamientos. Pero también se debe indagar acerca de las predisposiciones y experiencias tempranas que podrían contribuir al problema.

Gómez (2010), aporta que un componente central de la terapia cognitiva conductual es la psicoeducación. El usuario sabe lo que está sucediendo y se suma activamente a la tarea. El autor explica:

Es una intervención psicológica destinada a facilitar el aprendizaje sobre las dificultades emocionales, sus efectos y las estrategias para modificarlas. Consiste en una explicación de la lógica que subyace al malestar y su finalidad es promover la comprensión del malestar. (p.7)

Apunta a favorecer un encuentro entre las creencias del usuario acerca de su padecimiento y las del terapeuta, lo que es fundamental para desarrollar una alianza de trabajo. Como resultado el usuario no sólo aumenta su comprensión sobre su diagnóstico o padecimiento, sino la experiencia de sentirse comprendido, lo que incrementa la confianza en el terapeuta y al mismo tiempo la motivación para el cambio.

Se considera importante mencionar a Fernández Álvarez (Citado en Monguiat, 2016) quien sostiene que la rotulación es útil, a pesar que otras teorías digan lo contrario. No tanto por la precisión que pudiera tener en función del diagnóstico final, ni por una supuesta necesidad de clasificación, sino para comenzar a ajustar los sistemas mentales del profesional y usuario en función de un trabajo conjunto. Para el

análisis de esta función el profesional debe considerar tanto si el origen de la situación se ubica en el exterior o en el interior, como la estabilidad mayor o menor que se percibe en la incidencia de aquello que se reconoce como causa del malestar, y el grado de control que el usuario cree tener sobre la situación. El autor explicita:

El conocimiento de cada uno de estos aspectos, además de jugar un papel en el proceso diagnóstico, aporta elementos para un pronóstico. Como ejemplo, pueden esperarse mejores resultados en un paciente que ubica el lugar de origen de sus problemas en su interior que en aquel que identifica la causa en factores externos que están más allá de su alcance. (p.9)

Es valioso mencionar a Mussi (2005) quien destaca que en este tipo de terapias es fundamental para que el terapeuta poder ofrecer un feedback. El autor, plantea: “Si uno no sabe dónde se encuentra, le será difícil planificar cómo llegar a algún lugar” (p.46). Con esto quiere explicar que muchas veces las personas no consiguen cambiar porque no reciben suficiente información sobre su situación actual. Es por esto que se considera como una tarea muy importante del psicoterapeuta cognitivo-conductual el proporcionar un feedback al usuario sobre la problemática que está transitando, así como sus posibles consecuencias o riesgos. Se le puede brindar al usuario la información proveniente de los estudios psicodiagnósticos (incluyendo psicotécnicos), preocupaciones u opiniones familiares y hasta resultados obtenidos de sus mismos auto registros.

6.1.5 Enfoque Psicoanalítico

Se realizará un breve relato a partir de la recopilación cronológica de Kaufmann (1996). El enfoque psicoanalítico, tuvo sus inicios en Viena, por el famoso médico neurólogo Sigmund Freud. A través de los años, comenzó a surgir su interés en descubrir un método efectivo para tratar a los usuarios que sufrían distintos tipos de afecciones, que después llamo histerias y neurosis. Se considera de suma importancia la relación de Freud con Jean Martín Charcot, otro neurólogo que experimentaba la hipnosis con los usuarios. Se creía que a partir de ésta se podían inducir, suprimir e intercambiar toda clase de síntomas presentes en los cuadros

históricos, sugiriendo una etiología psicológica y no orgánica. A partir de estos resultados, en colaboración de su colega Joseph Breuer, comenzaron a desarrollar teorías primitivas que evolucionaron para darle el cuerpo teórico al psicoanálisis.

Tras diversas experiencias con usuarios, Freud planteó que los problemas tenían como causa deseos y fantasías reprimidas que quedaban en el inconsciente, y eran de naturaleza sexual. En 1897, coincidiendo con la muerte de su padre, Freud, se aplicó a sí mismo la experiencia clínica recolectada y comenzó un estudio profundo de sus recuerdos, deseos y emociones que le permitieron reconstruir su infancia. Este reconocimiento de su psiquismo, es considerado como uno de los actos fundacionales del psicoanálisis, conocido como su autoanálisis.

Freud fue compartiendo sus teorías con distintos pensadores de la época, se reunían semanalmente en la "Sociedad Psicológica de los miércoles". En un período comprendido aproximadamente entre 1895 y 1905, Freud atravesó por un intenso aislamiento profesional y personal provocado por la oposición (y a menudo indignación) que sus teorías suscitaban. A pesar de ello, Freud se mostró particularmente fructífero en estas circunstancias adversas publicando las que se consideran dos obras esenciales del psicoanálisis: "La interpretación de los sueños" y "Tres ensayos sobre teoría sexual".

Desde que Freud dio a conocer el psicoanálisis en la década de 1890, ha ido evolucionando y ramificándose en varias escuelas y técnicas de intervención. Entre los sucesores y contemporáneos están Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Wilhelm Reich, Melanie Klein, Wilfred Bion, Jacques Lacan y muchos otros que han refinado las teorías freudianas e introducido las propias.

El psicoanálisis nació en un marco social y cultural muy diferente al actual, Lerner y Sternbach (2007), explican que la mirada estaba dirigida fundamentalmente a lo que sucedía en las familias ocupando su interés en el Edipo, las histerias y la sexualidad infantil. Actualmente, se plantea que los sujetos están atravesados principalmente por las faltas, las ausencias. Es por esto que las patologías actuales se encuentran mayormente ligadas a problemáticas narcisistas.

Por su parte, Laplanche y Pontalis (2004) plantean que el psicoanálisis se basa en tres aspectos: disciplina, método y conjunto de teorías. Principalmente es la disciplina fundada por Freud, que consiste esencialmente en evidenciar la significación del inconsciente (en palabras, actos, producciones imaginarias tales como: sueños, fantasías y delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación psicoanalítica. Por otro lado, es un método psicoterapéutico basado en la investigación y caracterizado por la interpretación de la resistencia de la transferencia y el deseo. Y a su vez es un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

6.1.6 Terapia psicoanalítica

Lopera Echavarría (2017), describe la psicoterapia psicoanalítica, expresa que al existir tantas ramas y diversidad dentro del enfoque psicoanalítico, dentro de estas terapias con un mismo enfoque se pueden encontrar convergencias y divergencias. Por esto, se plantea que la razón para que sean psicoanalíticas, pese a sus diferencias, se encuentra en su enfoque metodológico. Por un lado, éste considera esencial lo inconsciente en las investigaciones, análisis y reflexiones sobre el alma, y por el otro se privilegia la subjetividad en el trabajo clínico individual o grupal, sin desconocer el contexto social y cultural.

Ramírez (2011):

El método psicoanalítico es el análisis de un discurso mediante la contrastación dialéctica entre el discurso (teoría) y la experiencia (práctica) a partir de la escucha de las formaciones de lo inconsciente, y se sustenta en una apertura hacia el discurso inconsciente que permite su análisis y la posterior intervención del analítico. La orientación psicoanalítica, al estar basada en una actitud, se diferencia de la psicología dinámica, que se sustenta en una teoría particular sobre lo psíquico que es aplicada al trabajo psicológico. (p. 72)

Lopera Echavarría (2017), explica que el modelo terapéutico clásico freudiano, consistía en un artificio metodológico fundamentado en cuatro elementos: asociación libre, atención flotante (escucha analítica), análisis y manejo de la transferencia e interpretación. A partir de esta propuesta, se han elaborado otras técnicas, modificando tanto el provenir técnico como la psicopatología correspondiente con dichas innovaciones. Según Atxotegi (Citado en Lopera Echavarría, 2017), las diferentes corrientes de psicoterapias psicoanalíticas surgieron por distintos motivos. Por un lado, la demanda creciente de asistencia psicológica en diversas instituciones. Y por otro, la necesidad de adaptar la técnica psicoanalítica a toda la gama de trastornos psicopatológicos y no tan sólo a los trastornos de tipo neurótico abordados por la técnica clásica.

6.1.6 Diagnóstico psicoanalítico

Al existir tanta diversidad de corrientes en el enfoque psicoanalítico, el siguiente apartado se centrará principalmente en algunos aportes en cuanto al diagnóstico desde las concepciones de Sigmund Freud, Jaques Lacan y algunos autores contemporáneos.

Lopera Echavarría (2017) postula que la transmisión de teoría al usuario (recomendarle lecturas específicas sobre técnicas o sobre la concepción psicológica en la que se sustenta el modelo psicoterapéutico) está prácticamente ausente de las psicoterapias psicoanalíticas. Esto es más acorde con los modelos conductuales y cognitivos clásicos. El lugar que ocupa la teoría en el proceder del clínico psicoanalítico aún se debate. Muchos sostienen que la teoría debe ser una guía y una perspectiva para leer e interpretar las manifestaciones y expresiones del usuario. Freud en ocasiones consideró importante el papel de la teoría para la comprensión de un caso.

Es necesario aclarar que el proceso diagnóstico psicoanalítico es sustancialmente diferente al diagnóstico psiquiátrico. Los autores Mordoh, Gurevicz, & Lombardi (2007), definen a este proceso como:

El trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece. (p. 155)

Mordoh et al. (2007) sostienen que el proceso diagnóstico psicoanalítico, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico, conlleva de por sí efectos terapéuticos:

...el sujeto puede en dicho proceso, determinar su participación inconsciente en la etiología del síntoma que lo aqueja. Es decir, advertir su implicación en la formación y en el mantenimiento del mismo. Sabemos también que dicha participación será diferente en las neurosis, en las perversiones y en las psicosis, así como también, dentro de cada una de esas categorías, en los distintos tipos de configuraciones típicas de síntomas en que se pueden subdividir. Sin embargo, no podemos reducir el sujeto y su relación con el padecer sintomático al tipo clínico en el cual aquél se inscribe. (p.1)

Los autores afirman, que el psicoanálisis posee categorías psicopatológicas diagnósticas imprescindibles para la orientación en el trabajo clínico. Son orientadoras cuando consisten en concluir sobre la estructura del material clínico que el usuario presenta, no tanto de la persona. Pero dilucidar la estructura en juego será necesario justamente para que el analista tome su lugar en ella, a fin de que pueda sostener la transferencia en su singularidad en cada caso.

Bueno Belloch (2010), manifiesta que el objetivo que se persigue al realizar un diagnóstico psicoanalítico es hacer la indicación eficaz de tratamiento psicológico al usuario concreto en la situación puntual y actual. El modelo diagnóstico sintomatológico, tipo DSMIV o CIE-10, utilizado en gran cantidad de casos, iguala a todos los usuarios y los estigmatiza. Toma características conductuales semejantes, analiza manifestaciones en el pensamiento o en la conducta que aparecen como disfuncionales, y desde ahí, hace un diagnóstico descriptivo, fenomenológico, y después categorial, nosológico. La diferencia que aporta el psicodiagnóstico psicoanalítico es, por una parte, la diferente concepción que tienen del sujeto, del síntoma y por otro lado la inclusión que hace el modelo psicoanalítico de la dimensión

inconsciente. La perspectiva psicoanalítica que nosotros adoptamos parte de una concepción estructural del aparato psíquico.

Koplevich (2011), por su parte plantea que un punto de discusión fundamental, es el uso que se hace del diagnóstico dentro del psicoanálisis mismo. Según Rubinstein (citado en Koplevich, 2011) "Para algunos constituye un momento fundamental de la práctica, para otros carece de valor o es cosa de psiquiatras"(p.1). El autor afirma que carecería de valor quizás cuando se utiliza como una etiqueta que obstruye la escucha de lo que no entra en la categorización. Se volvería fundamental, posiblemente cuando permite dar cuenta de la clínica, pensar una dirección de la cura posible, interrogar la orientación de las intervenciones, armar espacios de discusión.

Lacan (1966), advierte que el usuario muchas veces demanda que se lo autentifique como enfermo y en muchos otros casos, para demandar que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él. Colette Soler (Citada en Lacan, 1996) plantea que son los mismos sujetos los que demandan un diagnóstico: "Dígame lo que soy, dígame lo que tengo, tal vez esto los tranquiliza frente al desconcierto reinante" (p.15). Es importante ver entonces si el analista intenta satisfacer las demandas desplegadas por los usuarios o intenta operar desde un saber hacer diagnóstico. Se puede llegar a perder la posibilidad para el usuario de dar cuenta y modificar su singular posición subjetiva frente al padecer, quedando confirmada su condición de enfermo.

Y se considera menester mencionar lo planteado por Freud (Citado en Mordo et al. 2007) quien comentó que para que la cura tenga lugar, es preciso que el usuario cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de la enfermedad y que no tiene permitido considerarla algo despreciable, más bien será un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá escoger algo valioso para su vida posterior.

6.1.7 *Enfoque Neuropsicológico*

La neuropsicología tiene su origen en los trabajos médicos de los siglos XIX y XX. Rufo-Campos (2006) realiza una breve descripción de los aportes que fueron formando este innovador enfoque. Hacia mediados del siglo XIX, Paul Pierre Broca describe por primera vez el primer centro del lenguaje, al que hoy conocemos como área de Broca. Este descubrimiento fue vital para establecer una clasificación del síndrome neuropsicológico por excelencia: la afasia. Más tarde, a principios del siglo XX, el psicólogo ruso Alexander Romanovich Luria perfeccionó diversas técnicas para estudiar el comportamiento de las personas que padecieran algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Creó una batería de pruebas psicológicas diseñadas para establecer las afecciones en los distintos procesos psicológicos: atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, agnosias, cálculo, etc. La aplicación de ésta podía ofrecer al neurólogo los datos suficientes para que fuese capaz de localizar el lugar y la extensión de la zona lesionada, así como brindar al psicólogo un resumen detallado de todas las dificultades, especialmente cognitivas, del sujeto.

Posteriormente, el autor describe cómo comenzaron a observarse los cambios del comportamiento que se producían cuando se lesionaban las distintas áreas del cerebro, gracias a la experimentación con animales. Estos trabajos se completaron en la especie humana a través de guerras del siglo pasado, que proporcionaron a la medicina y a la psicología oportunidades trágicas, pero muy importantes, para estudiar la función cerebral en el ser humano. Así fue cómo nació la nueva rama del conocimiento científico y de la semiología clínica, que procede de la neurología clásica y se ha desarrollado con el aporte de las neurociencias y de la psicología contemporánea.

Klob y Wishaw (2008), definen la neuropsicología como el estudio de la relación existente entre las funciones cerebrales y la conducta de los seres humanos. Esta, obtiene información de distintas disciplinas como: anatomía, biología, biofísica, etiología, farmacología, fisiología, psicofisiología y la filosofía. Aunque su foco central es el desarrollo de una ciencia de la conducta humana, basada en las funciones del cerebro humano. Es por esto que se diferencia de la neurología y la psicología.

Por su parte, Ardilla y Rosselli (2007) agregan que la neuropsicología ocupa un lugar intermedio entre la neurología y las neurociencias, por una parte, y la psicología y las ciencias comportamentales por la otra. Su objetivo principal es el estudio de la organización normal y anormal de la actividad psicológica a partir del sistema nervioso. Para esto, recurre a procedimientos clínicos y experimentales. Plantean que la importancia de la neuropsicología es múltiple: como área fundamental de conocimiento en el análisis y la investigación de la organización, a partir del sistema nervioso de los fenómenos cognoscitivos y comportamentales. Como área clínica de trabajo, en el estudio y diagnóstico de personas cuyo sistema nervioso está lesionado y que, en consecuencia, presentan alteraciones cognoscitivo comportamentales. Y finalmente como área aplicada de trabajo, en el diseño e implementación de procedimientos de rehabilitación en caso de patologías del sistema nervioso.

6.1.8 Terapia neuropsicológica

Los neuropsicólogos tienen como objetivo identificar los déficits cognitivos y sus efectos en la vida diaria de los usuarios con discapacidad neurológica, diseñar instrumentos adecuados de exploración neuropsicológica y establecer un plan de rehabilitación consecuente con los hallazgos obtenidos. Quemada y Echeburúa (2008), explican que la neuropsicología clínica se relaciona directamente con la psicología clínica. El marco de actuación de la neuropsicología clínica puede estrecharse o ampliarse en base a la fase en la que se interviene. En un marco amplio se puede hablar de atención a personas con discapacidad neurológica y contemplar la intervención con demencias, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, parálisis cerebral y traumatismos cráneo-encefálicos (TCE). Pero también se incluiría tanto la intervención rehabilitadora como la atención a los problemas derivados de la cronicidad. En síntesis, las funciones del neuropsicólogo clínico abarcan la evaluación y la rehabilitación, sin que ésta pueda limitarse exclusivamente al ámbito cognitivo.

El psicodiagnóstico es una de las funciones más importantes que tiene el neuropsicólogo en conjunto con otras disciplinas de la salud: a partir de las distintas baterías de las evaluaciones neuropsicológicas y otros estudios neurológicos se puede llegar a un diagnóstico concreto. Para esto, se utilizan las evaluaciones neurocognitivas y posteriormente la rehabilitación.

Arango Lasprilla (2006), explica cómo debe hacerse correctamente una rehabilitación neurocognitiva. Debe ser individualizada, a la hora de diseñar un programa de rehabilitación hay que tener en cuenta el grado de conciencia que tiene la persona de su enfermedad, su capacidad para decidir y autorregular su comportamiento, el grado de afectación de las diferentes funciones cognitivas y las necesidades de la familia. Un programa de rehabilitación cognitiva requiere el trabajo conjunto de la persona, la familia y los terapeutas. Es importante que ésta se centre en alcanzar metas relevantes, de acuerdo a las capacidades funcionales de la persona y mediante mutuo acuerdo. También se deben realizar estrategias para medir los cambios funcionales que se producen tras la aplicación de un programa de rehabilitación. Es importante tener en cuenta los aspectos afectivos y emocionales que conllevan el daño cognitivo: cada vez se reconoce más el impacto que tienen las reacciones emocionales en el mantenimiento de las discapacidades.

6.1.9 Diagnóstico neuropsicológico

Existen distintos tipos de procedimientos clínicos de diagnóstico en la neuropsicología. Estos pueden ser adaptados a un sistema psicométrico, o también pueden crearse sistemas de diagnóstico intermedios, parcialmente clínicos y parcialmente psicométricos. (Ardila y Ostrosky, 2012)

Rufo-Campos (2006) describe que, en las clínicas neurológicas más avanzadas, se hace indispensable la aplicación de tests neuropsicológicos en aquellos usuarios con lesiones neurológicas de diversa etiopatogenia. Los resultados de dichos tests son los que van a permitir al especialista neurólogo o psiquiatra la evaluación adecuada de los cambios patológicos cerebrales, tanto desde el punto de vista

anatómico como funcional. Estos precisan clínicamente tanto la naturaleza cualitativa del síndrome neuropsicológico producido por la lesión cerebral como sus características cuantitativas. Todo esto resulta imprescindible para iniciar posteriormente la rehabilitación correspondiente. El autor expresa que:

Este impacto teórico-práctico de la neuropsicología clínica ha permitido que en los países más desarrollados se correlacionen la semiología clínica, el diagnóstico por neuroimagen y el diagnóstico neuropsicológico para realizar estudios minuciosos del paciente, así como un diagnóstico diferencial que repercutirá de forma beneficiosa en la implementación de un proyecto terapéutico que tienda a mejorar su estado de salud y su calidad de vida. (p.57)

Por su parte, Fernández González (2003), plantea que el objetivo de la evaluación neuropsicológica es identificar, describir y cuantificar los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales y emocionales que se producen como consecuencia de lesiones y disfunciones del cerebro. Además, implica el recopilar la información necesaria para preparar la historia clínica, seleccionar y aplicar los tests y los instrumentos de medida más adecuados, interpretar los resultados y la ejecución del usuario en estas pruebas con el fin de establecer un diagnóstico. Garriga (2015) expone que estas pruebas tienen por objetivo examinar las funciones cerebrales superiores y proveer información importante acerca de las habilidades funcionales.

La evaluación neurocognitiva se compone de un conjunto de pruebas estandarizadas denominadas batería neuropsicológica. Es importante aclarar que la evaluación no tiene un valor de diagnóstico certero definitorio, ya que el diagnóstico se establece mediante la entrevista médica al usuario y a un informante, con los estudios complementarios de imágenes, laboratorio y con la evaluación neurocognitiva. Si bien la evaluación neurocognitiva no es suficiente para realizar un diagnóstico por sí sola, Álvarez (2015) explica que en algunos casos permite detectar señales que alertan sobre la presencia de alguna patología, impulsando así la realización de estudios complementarios que permitan identificar el diagnóstico definitivo. O a la inversa, en aquellos casos donde las neuroimágenes son normales, la evaluación neuropsicológica puede resultar primordial para el diagnóstico de la

patología cerebral, como sucede en las demencias y el traumatismo de cráneo leve, entre otros.

Por otro lado, Fernández González (2003) considera como función del neuropsicólogo el planificar el tratamiento, seguir la evolución de los programas de rehabilitación, preparar los informes escritos y devolver la información a la persona que ha remitido el caso. También es de suma importancia valorar el impacto socio laboral derivado de la patología que presenta el usuario y establecer un pronóstico de la evolución y del beneficio de la aplicación de un programa de rehabilitación neuropsicológica. Lo óptimo sería conseguir la readaptación socio laboral del usuario, si fuera posible, y si no lo fuera de manera completa, tratar de conseguir el mayor grado de autonomía personal posible.

Cuando se trata de comunicar los resultados de un examen neuropsicológico, es decir, cuando se requiere entregar un informe del usuario o cuando se trata de hacer un seguimiento, se intenta presentar un caso a la comunidad profesional. Los autores Ardila y Ostrosky (2012), explican que es aconsejable, además de los procedimientos puramente clínicos y cualitativos, emplear siempre procedimientos estandarizados y cuantitativos de evaluación, que sean claros, comprensibles, y comparables. Esto aumenta el nivel de intercomunicación y confiabilidad tanto con los usuarios o sus familiares, como con la comunidad a la que se le informa del caso.

6.2 Comunicación del diagnóstico

Existen diversas cuestiones en cuanto a la transmisión del diagnóstico dentro de las disciplinas psi, entendiendo éstas como psicología, psiquiatría y psicoanálisis. Sulle et al. (2012) explican que este campo se caracteriza por la diversidad de enfoques, concepciones antropológicas, teorías, formas de abordaje y sentidos que se le da a la práctica profesional. Ante esta complejidad, se plantea el interrogante de resolver esta tensión entre unidad de campo y diversidad de disciplinas y enfoques, y la cuestión complementaria de encontrar formas de hacerlo sin recurrir a la imposición de un modelo único tomado de otras ciencias. La decisión de informar o no al usuario sobre el diagnóstico y sus implicaciones y la forma y condiciones en las que se lo hará cuando se considere necesario, estarán influidas por la concepción que el profesional tenga del proceso diagnóstico y por la influencia que le reconozca a su comunicación sobre la vida personal del usuario y sobre el tratamiento.

En el ámbito de la medicina, se han realizado diversos estudios sobre la repercusión de la comunicación del diagnóstico tanto en el usuario como en el médico. En cambio, en el área de la salud mental, existen pocos trabajos que lo abordan. Matilla y Alonso (2015) realizaron un estudio sobre la transmisión del diagnóstico en psiquiatría, teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales. Estos resaltan que la comunicación del diagnóstico en situaciones sensibles, en enfermedades crónicas y/o terminales, ha sido tema de reflexión sociológica y ética durante muchos años. En contraposición a las prácticas destinadas a no revelar información, en las últimas décadas se ha evidenciado un cambio de política en la revelación de los diagnósticos, en el marco de una tendencia a reconocer la autonomía y los derechos de los usuarios y de la emergencia del discurso de la bioética en el campo de la salud.

Los autores demuestran que la tendencia a una mayor apertura, observada principalmente en enfermedades oncológicas y en países anglosajones, no se ha manifestado de la misma forma en otras ramas de la medicina y en otras patologías. Mantilla y Alonso (2015) explican:

La validez predictiva limitada y la incertidumbre que rodea al diagnóstico en psiquiatría, así como la diversidad de criterios entre profesionales del campo

“psi” y la carga de estigma que rodea a algunas etiquetas (por ejemplo, la esquizofrenia), son algunas de las aristas que configuran la particularidad de la comunicación entre profesionales y pacientes en esta área de atención. (p.23)

En el artículo “Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales” de Mantilla y Alonso (2015) se describen diferentes posturas de psiquiatras con respecto a la comunicación del diagnóstico, tensionadas por la dificultad para asumir una perspectiva de la enfermedad mental libre de valoraciones subjetivas y del estigma aún asociado a determinadas categorías diagnósticas. A continuación, se describirán brevemente los argumentos a favor y en contra de la comunicación del diagnóstico al usuario.

En su estudio pudieron dar cuenta de que una de las primeras cuestiones que incide en la decisión de informar o no el diagnóstico es la orientación del profesional. En este caso se entrevistó a profesionales con orientación de psiquiatría biológica o psicoanálisis. Determinaron que los psiquiatras de orientación psicoanalítica son en muchos casos reacios a informarlo. Al contrario, los profesionales proclives a transmitirlo describen las ventajas de una comunicación abierta en términos de optimizar la adherencia y los resultados de los tratamientos. En primer lugar explicaron que informar a los usuarios sobre el diagnóstico facilitaría una serie de intervenciones y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Otro aspecto señalado es evitar interpretaciones incorrectas o vagas tanto de los propios usuarios o de familiares y allegados, que puedan ser contraproducentes o negativas para la integridad de los usuarios.

Entre los motivos para no revelar esta información, las principales razones fueron: la gravedad de algunos diagnósticos y la percepción de dificultades para comprender el significado del diagnóstico en algunos usuarios. Señalaron que algunas categorías diagnósticas son problemáticas de transmitir, fundamentalmente porque comunicar estas condiciones acarrearía consecuencias negativas en la visión de los usuarios sobre sí mismos. Diagnósticos como la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad son señalados por algunos profesionales como difíciles de comunicar

y de asimilar por parte de los usuarios y familiares. Y por último, la cuestión de transmitir el diagnóstico coloca a los profesionales en una posición incómoda cuando se enfrentan con usuarios que no consideran problemáticos aquellos aspectos que los llevaron a una consulta.

Por otro lado, se considera importante tomar los aportes de Monguiat (2016) quien realiza una investigación cuyo objetivo era analizar la transmisión del diagnóstico al inicio de un proceso terapéutico en una institución con orientación cognitivo conductual. Concluyó que la gran mayoría de los profesionales asumen una posición favorable a la transmisión del diagnóstico al usuario. Las razones que los profesionales expresan para fundamentar su posición favorable a la transmisión del diagnóstico incluyen, principalmente el reconocimiento del derecho que la ley reconoce a la persona que se presenta a consulta. Sin embargo, otros argumentos para fundamentar esa posición y para definir la forma en que se la lleva a la práctica, muestran diferencias de criterios. Estas diferencias tienen que ver con la forma en que cada profesional valora el aporte que hace al tratamiento el hecho de que los usuarios conozcan su diagnóstico. El autor explica:

En buena medida, la diversidad de formas en que se aborda la atención de la salud mental es condición de posibilidad del surgimiento de diferencias respecto del lugar que se otorga al diagnóstico en la práctica clínica y del valor que se le asigna a su comunicación al paciente. La decisión de informar o no al paciente sobre el diagnóstico y sus implicaciones y la forma y condiciones en las que se lo hará cuando se considere necesario estarán influidas por la concepción que el profesional tenga del proceso diagnóstico y por la influencia que le reconozca a su comunicación sobre la vida personal del paciente y sobre el tratamiento. (p.9)

Siguiendo con las diferentes posturas, Rodríguez Sutil (1996) sostiene que una devolución es obligatoria en el marco de una relación diagnóstica con el usuario, y no solamente por los principios éticos. El entiende al diagnóstico como un proceso dinámico e interactivo, que debe permitir al sujeto comenzar a elaborar aspectos de sí mismo poco conocidos, de manera que pueda participar activamente en el proceso,

aportando información e incluso rechazando algunas de las afirmaciones del terapeuta. Explica que el psicólogo cuenta con los medios para acceder a un conocimiento sobre ciertos aspectos de la persona que consulta que van más allá de lo que ella misma puede saber. Considera que ese saber es la base de un buen proceso terapéutico, y no solamente la experiencia humana que supone el contacto interpersonal.

6.3 Recursos personales

Se comenzará tomando los aportes de Andrade Palos y Rivera Heredia (2007), quienes retomaron algunos estudios realizados sobre recursos personales y lo conceptualizaron como una propiedad, algo que se posee y puede movilizarse. Plantean que lo que puede considerarse recurso en un contexto social, puede no serlo en otro. A su vez se mencionará a Sanchez y Panigual (2010) quienes plantean que los recursos son aquellas características que son centrales por derecho propio, o que actúan como medios para obtener metas centrales. Los autores toman una definición realizada por Hobfoll (2002), quien los define como características que se valoran como centrales por derecho propio (ej. autoestima, relaciones personales estrechas, salud, paz interior, etc.), o que actúan como medios para obtener valores considerados como centrales (ej. dinero, apoyo social, reconocimiento, prestigio, fama, etc). Ellos proponen que este tipo de recursos personales son los que ayudan a las personas a crecer y prosperar exitosamente en sus diferentes áreas vitales, como en el trabajo o las relaciones personales, contribuyendo a su bienestar y felicidad, así como a proteger su salud.

Andrade Palos y Rivera Heredia (2007), retoman un estudio realizado por Gold (1997) en el que rescatan una clasificación de recursos: recursos de experiencia, recursos coercitivos, recursos socioemocionales, recursos de asociación y otros recursos. En su trabajo destacan los recursos socioemocionales como los más importantes en el área de relaciones sociales. Por otro lado tomaron la Teoría de conservación de los recursos desarrollada por McKenzie, Frydenberg y Poole (2004): es un modelo de explicación del estrés que toma en cuenta la forma en que las personas manejan los aspectos ecológicos, enfocándose tanto en lo individual como en lo social. Éste tiene una gran influencia en las reglas, lineamientos y expectativas que conforman las creencias y regulan la conducta. Los autores concluyen que los individuos con mayores recursos tienen un mejor manejo de las situaciones estresantes, ya que son capaces de utilizar la amenaza o la pérdida como una forma de ganar otros recursos. Realizan una clasificación de los tipos de recursos en: objetales (comodidades tangibles), alrededor de la persona (redes de apoyo),

personales (habilidades, capacidades, atributos) y energéticos (factores que dan acceso a otros, por ejemplo, el dinero). Encontró que la tensión psicológica está significativamente relacionada con la pérdida de los recursos, por lo que las ganancias asociadas, aunque sean importantes, son secundarias a la pérdida.

Andrade Palos y Rivera Heredia (2007) comentan que el énfasis en los recursos personales está estrechamente ligado con la promoción del desarrollo humano y con la promoción de la salud. Diversos investigadores han descubierto que hay algunas fortalezas humanas que actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental. Por ejemplo: la valentía, la visión a futuro, el optimismo, las relaciones interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir y darse cuenta, entre otras. Como parte de la tarea preventiva propone crear una ciencia de las fortalezas humanas, cuya misión será entender y aprender cómo promover las virtudes en la gente joven. Estos conceptos parten de la psicología positiva, que plantea conocer los mecanismos por medio de los cuales se fortalecen la valentía, las habilidades interpersonales y la esperanza en el futuro es una tarea esencial para el trabajo preventivo debido a que éstas sirven como amortiguadores contra diversas enfermedades mentales.

Por su parte, Sanchez y Paniagua (2010) plantean que las personas invierten sus recursos para manejar las situaciones estresantes y prevenir sus efectos negativos. Se intenta no solo proteger esos recursos, sino también acumularlos y a generar otros recursos. Por ejemplo: si una persona se considera eficaz, habitualmente será una persona que sienta que tiene control de su vida, optimista, y que presentará mayores niveles de bienestar.

Los autores expresan que los recursos personales no se muestran de forma aislada, sino que funcionan de forma conjunta. Enumeran una serie de características que manifiesta una persona con más recursos para ellos, a saber: perciben menos situaciones como negativas y cuentan con un bagaje más amplio de habilidades para resolver los problemas. También disponen de un número más amplio de estrategias de afrontamiento que les permite seleccionar y escoger aquellas estrategias específicas que se ajusten mejor a las demandas concretas del entorno. Se ven menos afectados

por las pérdidas y consecuencias del estrés, muestran una mayor capacidad para desarrollar nuevos recursos y enriquecerlos. Son personas que se valoran más a sí mismas, al tiempo que son más valoradas por los demás. Y a partir de todo esto presentan mayores niveles de bienestar psicológico y salud física, que se revelan en los diferentes dominios de los recursos. En resumen, lo que demuestran es la mayor capacidad de adaptación de las personas que disponen de mayores recursos personales y sociales, en la medida en que utilizan los recursos para establecer sus metas y resolver las dificultades que se encuentran para alcanzarlas.

6.4 Ciclo vital

Se considera que un buen conocimiento sobre los factores psicológicos de cada ciclo vital en la clínica, podría ser beneficioso al momento de evaluar las posibilidades de comunicar o no un diagnóstico.

Existen diversas teorías y concepciones sobre los ciclos vitales del ser humano en psicología. Gran parte de estas, determinan que el ciclo vital se divide en tres etapas: infancia, adolescencia y adultez, las que, a su vez, se dividen en subetapas. Neugarten (citado en Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002) afirma que la edad cronológica muchas veces es irrelevante y relativa, debido que la edad por sí misma no es un factor casual, explicativo o descriptivo. Las autoras comentan, que esto genera que los hitos culturales y biológicos sean cada vez más inexactos e inesperados. Es importante tener en cuenta la contextual e histórico, ya que las etapas van mutando como así las teorías sobre estas. Cuando se describen los ciclos vitales, se habla de multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad. Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) mencionan al respecto: “De esta forma, cada vida individual implica, al mismo tiempo, continuidad y discontinuidad o rupturas: algunos aspectos se mantienen, a la vez que en cualquier tiempo surgen otros nuevos” (p.20).

Por su parte, Rice (1997) postula que el desarrollo humano es un proceso complejo que generalmente se divide en cuatro dimensiones básicas: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Aunque cada dimensión subraya un aspecto particular del desarrollo hay una interdependencia considerable entre las áreas. En el siguiente apartado nos enfocaremos en describir brevemente las tres principales etapas del desarrollo humano desarrollado por Rice (1997). Se debe tener en cuenta lo expresado anteriormente, sobre la irrelevancia en muchos casos de las edades cronológicas.

6.4.1 Infancia

La infancia, que se extiende desde el nacimiento hasta el segundo año de vida aproximadamente, es un período de cambios increíbles en el que se desarrollan la coordinación motora del niño, así como sus capacidades sensoriales y de lenguaje. En

esta etapa el niño se apega a los miembros de la familia y a otras personas que lo atiendan, aprende a confiar o desconfiar, y a expresar o a reprimir amor y afecto. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrolla cierta independencia y sentido de sí mismo. Ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de la personalidad y temperamento.

6.4.1.1 Niñez temprana (de los 3 a los 5 años aproximadamente)

Durante los años preescolares, los niños continúan su rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico. Pueden cuidarse mejor, empiezan a desarrollar un auto concepto como identidad, adquieren roles de género y se muestran interesados en jugar con otros niños. La calidad de la relación padre-hijo es importante en el proceso de socialización que tiene lugar en este periodo.

6.4.1.2 Niñez intermedia (de los 6 a los 11 años aproximadamente)

Durante este período los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética, así como para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres. Tanto el desarrollo psicosocial como el moral proceden a tener una mayor importancia, y la calidad de las relaciones familiares siguen ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

6.4.2 Adolescencia (de los 12 a los 19 años aproximadamente)

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la vida adulta, durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Una tarea psicosocial importante de esta etapa es la formación de la identidad. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía de sus pares.

Se considera importante añadir los aportes de Mansilla (2000) quien explica que en esta etapa, en cuanto a lo psicológico, aparece una inquietud dirigida a explorarse a sí mismo y al entorno. Por otro lado, surge la creencia de que pueden cambiar y dominar el mundo, lo que puede desbordarlos. Los adolescentes más tardíos empiezan a incursionar en actividades laborales, lo que se acompaña de la exploración

activa de la sexualidad y deriva en la búsqueda de pareja; si bien, salvo excepciones, aún no tienen la estabilidad emocional, las habilidades laborales y sociales, y el manejo de la información necesaria para asumir dichas actividades.

6.4.3 *Adulthood*

Retomando los aportes de Rice (1997), se realizará una subdivisión de esta etapa en juventud o vida adulta temprana y edad madura.

6.4.3.1 Juventud o vida adulta temprana (los 20 y los 30 aproximadamente)

Durante estos años se busca resolver retos importantes como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional. Los jóvenes adultos enfrentan otras decisiones como el matrimonio, la elección de pareja y la posibilidad de convertirse en padres. Muchas de las decisiones tomadas establecen en el escenario para la vida posterior.

6.4.3.2 Edad madura (los 40 y los 50 aproximadamente)

Durante la edad madura mucha gente comienza a sentir que el tiempo se le escapa a medida que su reloj social y biológico sigue su paso. En algunos casos esto da lugar a una crisis, durante la cual se reexaminan muchas facetas de su vida. Para los padres cuyos hijos han dejado el hogar, los años de la edad madura pueden ser un tiempo para atender sus propios intereses. Es un período en el que mucha gente alcanza una máxima responsabilidad personal y social, así como éxito profesional. Sin embargo, es necesario ajustarse a los cambios corporales y a las situaciones emocionales sociales y laborales.

6.4.4 *Vejez (de los 60 en adelante)*

La vejez es considerada como un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales y las relaciones. Es necesario prestar mayor atención al cuidado de la salud para mantener el vigor físico y el bienestar. La persistencia de las capacidades verbales permite que algunos individuos continúen desarrollando su conocimiento y habilidades cognitivas. Las relaciones con los hijos adultos, los nietos y otros parientes adquieren un nuevo significado especialmente para los que han enviudado. Mantener

y establecer amistades significativas con los pares es especialmente importante para el bienestar.

La temática podría extenderse con diversos aportes, pero se considera que Rice (1997) logra sintetizar con la información necesaria para el análisis del trabajo.

6.5 Marco legal

El ejercicio profesional del psicólogo se rige por reglamentos. Existen diferentes leyes, códigos y estatutos que son guía y marcan pautas de la profesión. Conocerlos y aplicarlos es obligación de todo profesional, a pesar de que se debe tener en cuenta como prioridad la singularidad de cada caso y la beneficencia del usuario.

Entre estos, se considera importante mencionar a la Ley Nacional de la Salud Mental 26657, la Ley provincial 9848 y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos.

En cuanto al diagnóstico, La ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) presta atención al riesgo de estigmatización y discriminación que encierra el etiquetamiento en un contexto aún marcado por una concepción errada de la enfermedad mental. En este sentido, se señala explícitamente que el diagnóstico no podrá basarse en ningún caso en el estatus político o socioeconómico de la persona, o su pertenencia a un grupo cultural, religioso o político. Tampoco podrá responder a demandas familiares o laborales basadas en la falta de adecuación con normas morales, culturales o religiosas, ni en la elección o identidad sexual (Monguiat, 2016).

Se pueden reconocer a partir de las distintas reglamentaciones, que dentro de lo inherente al estado de salud se incluye la información correspondiente el diagnóstico y su fundamentación.

Esto se puede ver en algunos de los principios de la Ley 9848:

Principio 11: Consentimiento para el tratamiento

Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que este entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;

- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

Principio 19: Acceso a la información

El usuario (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del usuario o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al usuario se proporcionará al representante personal y al defensor del usuario, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al usuario cualquier parte de la información, el usuario o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

Monguiat (2016), menciona que los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental adoptados por las Naciones Unidas, incluyen al diagnóstico y evaluación entre la información que debe brindarse para obtener el consentimiento informado de un usuario antes de iniciar un tratamiento (ONU, 1991). Aunque, a diferencia de las normas anteriores, esta declaración es solamente una guía para orientar a los profesionales e instituciones y no genera obligaciones legales, su mención en el texto de la ley como una referencia destacable indica el sentido que debe darse al derecho del usuario a ser informado adecuadamente.

Rodriguez Sutil (1996), elaboró un escrito que plantea que el Código Deontológico es un instrumento extremadamente valioso. No obstante, existe la necesidad de alguna ampliación en algunos aspectos referidos al psicodiagnóstico y

al uso de tests, y en especial a la devolución de información a los usuarios. Describe aspectos que son tratados en los principios éticos editados por la American Psychological Association (APA, 1992), dentro del apartado 2, dedicado a Diagnóstico, Evaluación e Intervención. Plantea lo siguiente:

Salvo que previamente haya sido explicada la naturaleza de la relación a la persona que está siendo evaluada y excluya la presentación de ninguna explicación de resultados (como en algunas consultas de tipo organizacional, en estudios prospectivos de tipo laboral o de seguridad, y en evaluaciones forenses) los psicólogos y psicólogas deben asegurarse de que se proporcione una explicación de los resultados a la persona examinada o a otro representante legal del cliente, en un lenguaje razonablemente comprensible para ellos. A pesar de que la corrección e interpretación haya sido realizada por el psicólogo, por ayudantes, de forma automatizada o a través de otros servicios externos, los psicólogos deben adoptar las medidas oportunas para asegurar que se proporcionen las explicaciones adecuadas de los resultados. (p.3)

El autor a partir de un análisis del marco deontológico del psicólogo, revisión bibliográfica e investigación de casos concluyó:

El Psicólogo/a tiene el deber de comunicar a su cliente la información obtenida sobre sus aspectos psicológicos durante las entrevistas diagnósticas o terapéuticas. El cliente, por su parte, tiene derecho a que se le comunique dicha información. Esta norma sólo se verá matizada por el principio de pertinencia, es decir, que debe comunicarse aquello que posea utilidad para el cliente, en un lenguaje asequible y matizando la seguridad relativa de nuestras conclusiones. (p. 5)

Por su parte, Barbero (2006) afirma que el derecho del usuario a la información está suficientemente establecido por ley, pero desde la perspectiva ética quizás convenga repensar los significados de un pretendido derecho a la verdad. El término verdad tiene matices estrictamente morales. Existe un deslizamiento conceptual de los

valores lógicos en cuanto a lo correcto o incorrecto. El autor, en su investigación plantea que en el ámbito sanitario ante situaciones de diagnóstico y/o pronóstico grave tradicionalmente se suelen aducir distintos argumentos para no decir la verdad a los usuarios. Entre estos se encuentra el engaño benevolente: “Lo que uno no conoce no puede herirle y puede ayudarlo.” Informar sólo añadiría un plus de ansiedad al usuario y esto es evitable, este es un planteamiento puramente consecuencialista. Por otro lado, explica que los profesionales no conocen la verdad completa y aunque la conocieran, muchos usuarios no comprenderían el objetivo ni las implicaciones de la información. El autor resume:

Informar a un paciente no suele considerarse un derecho de éste del que se desprende una obligación para los profesionales. La apropiación de la información por parte de éstos favorece un tipo de relación de poder/verticalizada y evita la ansiedad de tener que comunicar malas noticias que son duras de escuchar y dolorosas de decir. (p.3)

6.5 Bioética

Durante la práctica, se debe tener en cuenta la subjetividad en todo momento, tanto del profesional como del usuario. Tratando específicamente la temática de la comunicación del diagnóstico, se deben dilucidar diversos criterios. Dicho entramado, encuentra su justificación en la bioética.

Se tomarán los aportes de Baró (2015), quien plantea que la ética es una parte cardinal de la psicología, ambas coinciden en la transformación del ser humano por un ser humano mejor. El autor explica:

La dimensión ética es intrínseca y esencial a la psicología. Lo es, ante todo, a la praxis del psicólogo, ya que lo que hace puede y debe ser juzgado por criterios de bien y mal: si el psicólogo orienta a las personas, ayuda a superar sus problemas y dificultades, si potencia el crecimiento o la riqueza de las relaciones interpersonales e intergrupales. Pero la dimensión ética es esencial e intrínseca también a la praxis psicológica misma, en cuanto constituye un tratamiento técnico de lo humano. (p.8)

Continuando con la temática, Ocampo Martínez (2013) realiza una revisión en donde se discute sobre la bioética en el ámbito de la psicología clínica. Plantea que esta se basa en cuatro principios fundamentales: principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia. Dentro de éstos se optó por destacar los Principios de Beneficencia y no maleficencia: los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquéllos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño. En su accionar profesional, tratan de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquéllos con quienes interactúan profesionalmente y de otras personas afectadas.

El autor plantea que cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, intentan resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño, ya que los juicios y acciones científicas y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros. Deben estar atentos y cuidarse de factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal

uso de su influencia. Los psicólogos se esfuerzan por ser conscientes de los posibles efectos de su propia salud física y mental sobre su habilidad para ayudar a aquéllos con quienes trabajan.

Ocampo Martinez (2013) propone que este panorama debería obligar a retomar la reflexión ética, propia de la bioética (en virtud de que los códigos de ética son insuficientes), con el objeto de buscar caminos que permitan una reelaboración del pensamiento en torno a la dimensión ética de la relación psicólogo-usuario, antes que los efectos de los problemas éticos rebasen la posibilidad de toda capacidad reflexiva.

Se considera importante tomar los aportes de Cecchetto (2006), quien realiza un escrito en el que trabaja con la bioética en la situación de comunicación de la verdad en medicina. Postula que existe una polémica en cuanto a los criterios respecto de si el profesional debía comunicarle siempre toda la verdad al usuario. Esta atravesó varios siglos, haciendo que esta regla moral fuera poco respetada y menos aceptada que la regla de confidencialidad. Plantea que dicha falta de consenso es una expresión del conflicto de modelos bioéticos.

El autor, concluye en su trabajo que el problema de la veracidad en biomedicina se sintetiza en dos posturas: una apoyada en el principio de beneficencia, que admite sistemáticamente la negación en todo o en parte de la verdad con el pretexto de evitar sufrimientos innecesarios al usuario. Y otra apoyada en el principio de respeto por la autodeterminación, que considera inadmisible privar de una noticia crucial al usuario, por dolorosa que ésta sea, ya que la verdad dignifica al otro cuando se lo reconoce como agente moral autónomo. Pero también porque desde un punto de vista ético consecuencial, al ser sistemáticamente engañadas, las personas acabarían perdiendo su confianza en todas las propuestas que pueda formular la biomedicina.

Por su parte, Bascuñán (2005) en la misma línea teórica, esboza que:

El ocultamiento de la verdad al paciente es una postura que ha sido sostenida bajo el principio de no maleficencia. En esta línea se ha sugerido que la comunicación de la verdad puede dañar, atemorizar y angustiar al paciente

desproporcionadamente y llevarle a rechazar tratamientos objetivamente recomendables. También se ha argumentado que no hay motivo para revelar la verdad cuando los pacientes no desean escucharla ni son capaces de comprender la información adecuadamente y que difícilmente puede informarse la "verdad" si es prácticamente imposible conocerla con certeza y precisión. (p.1)

Sin embargo, Bascuñán (2005) demuestra que dicha línea de argumentación no ha estado sólidamente sustentada por evidencia empírica. Al contrario, la literatura muestra que la mayoría de los usuarios desean saber la verdad y que los beneficios para un usuario adecuadamente informado son mayores que los riesgos temidos. Diversos estudios, demuestran los beneficios psicológicos que posee la comunicación de la verdad para el proceso emocional de aceptación de la enfermedad y muerte. Además, actualmente los usuarios consultan disponiendo de mucha información, obtenida en internet u otros medios no especializados, por lo que los profesionales deberían esforzarse en comunicar información de buena calidad y bajo un lenguaje comprensible para los usuarios.

Al contrario, Aristóteles (citado en Ocampo Martínez, 2013) sugirió que ocultar la verdad no es malo si el fin que se persigue con ello es bueno. En la época actual, esa convicción del filósofo resulta polémica, en el contexto del acceso a la información como un derecho inalienable de todos los seres humanos sanos o enfermos. Es evidente que una moralidad basada en normas, corre el riesgo de que éstas no sean cumplidas o que, por su condición de universalidad, su contenido no contemple situaciones particulares muy frecuentes en el terreno de la práctica profesional psicológica, clínica o de investigación.

Por su lado, hay que hacer énfasis en que al momento que se habla de la tarea de los psicólogos clínicos, existe una dimensión ética y que no se hace alusión a un conjunto de normas o deberes profesionales universales que hay que memorizar y cumplir acríticamente para alcanzar un nivel de excelencia de carácter trascendente, sino que la relación psicólogo usuario, en su calidad de relación intersubjetiva, plantea una dinámica peculiar y compleja. Al igual que el médico y los demás profesionales

que forman parte del equipo de atención a la salud, Ocampo Martinez (2013) plantea que el psicólogo despliega su actividad en el ámbito de tres morales: la que le ha sido inculcada en su seno familiar y comunitario, la llamada moral o ética profesional (que generalmente formulada en algún código), y la moral de los usuarios o de los individuos a quienes presta sus servicios profesionales.

6. MODALIDAD DE TRABAJO

El trabajo integrador final se realizará en modo de sistematización, a partir de los aportes de Jara (2012) quien explicita en una entrevista que:

Lo esencial de la “sistematización de experiencias” reside en que se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p.1)

A partir de la experiencia en la que se participa en la práctica surgieron interrogantes e inquietudes. En base a esta, se escogió un eje para sistematizar y trabajar a partir de la interpretación crítica de la experiencia, su reordenamiento y reconstrucción. Jara (2012) explicita que la sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias de las mismas, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.

7.1 Técnicas para recolectar información

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: registros de campo recopilados a partir de observación participante y observación no participante en entrevistas de admisión, sesiones psicológicas y supervisiones. Entrevistas semidirigidas a los profesionales. (Ver anexo)

7.2 Caracterización de los sujetos

La población está conformada por los profesionales psicólogos de la institución, a quienes se entrevistó, y se analizaron sus intervenciones en relación al eje de sistematización de prácticas, a partir de la recuperación de los registros de campo. Se especializan en diferentes enfoques: tres desde el cognitivo-conductual, tres en psicoanálisis, una desde la terapia sistémica y dos desde la neuropsicología.

A continuación, se expone la manera en que será identificado cada entrevistado que participó en el trabajo, con nombres ficticios para preservar su anonimato.

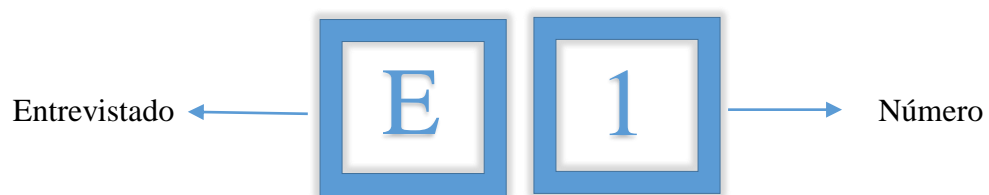


Tabla 1. Identificación de los entrevistados

ENTREVISTADO	NOMBRE
E1	FERNANDO
E2	ANA
E3	PAULA
E4	SILVIA
E5	LUCÍA
E6	FLAVIA
E7	EMA
E8	CAROLINA
E9	JULIETA

Se realizará una breve presentación de cada entrevistado haciendo hincapié en la formación académica de estos:

Entrevistado 1 (E1 Fernando)

Licenciado en Psicología - Profesor de Psicología - Doctorado de Neurociencia Cognitiva en curso - Especialidad en enfoque cognitivo conductual – Posgrado en trastorno de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (desde el enfoque cognitivo conductual).

Entrevistada 2 (E2 Ana)

Licenciada en psicología - Especialización en terapia cognitiva - Cursos de niños desde la cognitiva - Especialización en evaluación neuropsicológica infantil y adulta - Especialización del espectro autista.

Entrevistada 3 (E3 Paula)

Licenciada en psicología - Especialización en terapia sistémica - Especialización en adicciones - Especialización en sistémica desde el abordaje familiar - Cursos sobre psicodiagnóstico - Formación en abordaje de parejas en curso.

Entrevistada 4 (E4 Silvia)

Licenciada en psicología - En un comienzo especialización en psicoanálisis - Posgrados en psicodiagnóstico de niños y adultos (desde el enfoque psicoanalítico) - Formación en técnicas de psicodrama - Especialización en terapia cognitiva conductual - Posgrado en trastornos de ansiedad (desde el enfoque cognitivo-conductual) - Formación en terapia gestáltica para parejas - Actualmente línea más fuerte: cognitiva comportamental.

Entrevistada 5 (E5 Lucía)

Licenciada en psicología - Formación en discapacidad - Especialización en neuropsicología - Cursos de evaluaciones neuropsicológicas - Especialización en terapia cognitivo conductual (con enfoque en la tercera ola) - Maestría en neuropsicología en curso - Actualmente línea más fuerte: neuropsicología.

Entrevistada 6 (E6 Flavia)

Licenciada en psicología (con formación prioritariamente en psicoanálisis) - Cursos de ansiedad, depresión, primera entrevista y psicodiagnóstico (desde el enfoque cognitivo conductual) - Se define cómo ecléctica - Prioriza fundamentalmente el psicoanálisis en sus intervenciones. (Se categorizó como psicoanalista en las entrevistas tomadas)

Entrevistada 7 (E7 Ema)

Licenciada en Psicología - Especialidad en psicoanálisis - Maestría en bioética en curso.

Entrevistada 8 (E8 Carolina)

Licenciada en psicología - Especialización en evaluación y diagnóstico - Formación con orientación psicoanalítica - Formación en psicoanálisis vincular.

Entrevistada (E9 Julieta)

Licenciada en psicología - Investigación - Especialización en neuropsicología - Doctorado en neurociencias cognitivas en curso.

7.3 Consideraciones éticas

Se tendrán en cuenta los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos enmarcados en el código de ética del colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016): consentimiento informado, derecho a la información, protección de datos y confidencialidad, gratuidad, no discriminación y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases.

7. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1 Recuperación del proceso vivido

En el siguiente apartado se opta por dejar el tiempo verbal en primera persona, ya que se recuperará todo lo que se vivenció en el proceso de la práctica, desde un punto de vista subjetivo.

La práctica comenzó el 6 de Abril del 2018 y concluyó el 20 de Diciembre del mismo año. Tanto mi mirada, como mi experiencia fue cambiando desde el comienzo hasta el último día. Poseía algunos prejuicios en cuanto a la institución y fui eliminándolos de a poco y formando nuevas ideas. Con respecto a esto, imaginaba al lugar como una institución sumamente amplia, plasmada de profesionales y consultorios. Por esto mismo, temía pasar desapercibida, y creía que me iba a costar hacerme notar y abrirme un lugar entre ellos. Afortunadamente, me encontré con un panorama completamente distinto. Al ser reducido tanto el plantel profesional como el espacio común, esto no sucedió. Fui conociendo a todos los profesionales y me pude adaptar rápidamente a ellos y a la dinámica de la institución. También esperaba encontrarme con un clima más tenso, plasmado de competitividad entre los profesionales. Note que era todo lo contrario, me encontraba en un ámbito amigable y conformado por profesionales empáticos y predispuestos a ayudar.

En un principio poseía una sensación de ser “la extranjera” en ese ámbito de familiaridad y amistad que compartían. Cuando surgían conversaciones personales o íntimas, me sentía algo incómoda, en algunas circunstancias, y evitaba ser intrusiva. Luego de un tiempo comencé a sentirme más a gusto, pudiéndome incorporar como parte del equipo. Esporádicamente habían momentos en que sentía esa incomodidad con algún profesional en particular, pero de a poco fue disminuyendo y aprendí a compartir cosas de mi vida personal con ellos.

Como practicantes tenemos la posibilidad de participar en distintas actividades. Éstas variaban según el profesional que nos reciba cada día. En un principio podíamos estar como observadoras no participantes en entrevistas de admisión, tanto en psicología como en psiquiatría. Con el paso del tiempo

comenzábamos a ser más activas en dichas entrevistas, pudiendo realizar intervenciones o preguntas a los usuarios.

A su vez participábamos de evaluaciones neuropsicológicas con adultos, adolescentes y niños. Luego de haber sido parte de muchas, las profesionales nos permitían tomar algunos instrumentos, siempre con supervisión de las mismas.

En un comienzo, concurríamos al piso de Neurología y presenciábamos algunos electroencefalogramas, pudiendo estar en contacto con los usuarios. En mi caso, también tuve la oportunidad de seguir con algunos procesos terapéuticos. Como ejemplo, con una de las neuropsicólogas, realizando rehabilitación cognitiva a una usuaria. Con la psicóloga sistémica, pude realizar un acompañamiento desde el rol de co-terapeuta en dos casos, uno que había comenzado en el 2017 y otro desde el comienzo. Esta experiencia fue sumamente fructífera para mi formación, pudiendo poner en práctica la teoría y seguir un tratamiento desde el comienzo hasta el final. Participé de algunas sesiones con otros usuarios, junto a psicólogos cognitivos, pero por diversas razones la terapia se veía interrumpida.

Participamos de las reuniones de equipo o supervisiones, en donde se debaten casos difíciles de los profesionales. En estas se generaban debates muy interesantes. Pudimos observar la importancia de la interdisciplina y aprendimos mucho de este dispositivo. En algunas ocasiones algunos de los profesionales utilizaban el espacio para dar clases sobre alguna temática en la que éste se especializaba, o de interés para resto de los que asistían. Psiquiatras y psicólogos de distintas líneas teóricas compartían algunos casos en los que se generaban interrogantes y opinaban o daban consejos desde su punto de vista. Se presentaban las entrevistas de admisión que se daban los días previos a la reunión y se le comentaba al profesional al cual fue derivado el caso sobre éste, complementando con posibles recomendaciones para el tratamiento.

A medida que se fueron añadiendo nuevas actividades, tuve la oportunidad de acompañar a dos de los profesionales a dar talleres a una escuela secundaria. Participamos de un taller sobre celiaquía en conjunto con un gastroenterólogo.

También, nuestra referente comenzó a impartir un taller de cuatro encuentros sobre mindfulness. Nos permitió participar desde un rol diferente, ya que nos posicionamos en el mismo lugar de las usuarias que iban a realizarlo, practicando activamente.

Al principio el rol era más pasivo, a medida que fue pasando el tiempo y fui adquiriendo conocimientos y haciéndome conocer por los profesionales, me fueron dando más libertad para participar. Al final me sentía más segura en esta posición con los usuarios (en un primer momento me ponía más nerviosa). Cada vez que tenía la oportunidad trataba de participar. Siento que a través de esto pude ir ganando confianza y experiencia para un futuro en el que deba estar a solas con un usuario. A pesar de que en algunas ocasiones el lugar de observadora no participante me parecía más cómodo, me intrigaban muchas cosas y al interactuar con el usuario, aprovechaba más de la experiencia. La terapeuta sistémica (con quien compartí la experiencia de ser co-terapeuta) me dijo un día: “Aprovecha el momento, que estás en una posición segura; yo voy a estar ahí si te equivocas, no existen las malas intervenciones” Esto me ayudó mucho, me dio la confianza que necesitaba y fue una de las terapeutas con las que más pude aprender y más satisfacción me daba al salir de cada sesión. Sentía que podía intervenir y generar un vínculo terapéutico con los usuarios que compartimos.

En la cocina pasaba gran parte del tiempo, cuando algún usuario se ausentaba o debía esperar a algún profesional. De a poco fui apropiándolo como mi espacio también, y podía hablar con muchos de los profesionales en distintas ocasiones en este lugar. En cierto punto lo comencé a aprovechar y hasta a disfrutar, me sacaba algunas dudas, interrogaba sobre la especialidad de cada uno y sus cosas positivas y negativas, y hasta podía conversar de algunos casos con ellos.

Se considera que tanto los coordinadores como los profesionales son personas con miradas amplias y flexibles. Todo puede ser discutido, reflexionado y transformado si es necesario: esto ayuda a que el clima sea agradable. La empatía es una característica notable en la mayoría, no solo con los usuarios y entre ellos, sino también con nosotras las practicantes. Estaban siempre dispuestos a ayudarnos y enseñarnos, respondían a cada pregunta y el permitirnos participar en sus espacios de

trabajo. Algunos se tomaban el trabajo de dar muchas explicaciones en cuanto a las técnicas que utilizan, los tests que aplican, las ideologías que poseen. Creo que esto hace que la práctica en este lugar, sea una oportunidad increíble para aprender, no solo sobre lo técnico de la profesión, sino también lo humano

En cuanto a la variedad de propuestas, intenté siempre ser abierta, es decir, no buscaba cerrar mi campo de intereses hacia una sola área. Intentaba participar de todas las actividades en las que era posible, con todos los profesionales que estaban dispuestos a dar el espacio. A pesar de que elegí el lugar porque me interesa en gran medida la terapia cognitiva-conductual, pude expandir mi área de intereses y explorar todas las herramientas que fueron posibles. Gracias a esto, desarrollé un gran interés por la neuropsicología y la terapia sistémica. Noté que varios de los profesionales se especializaron tanto en neuropsicología como en la terapia cognitivo conductamental, lo que me dio una idea de lo que me gustaría hacer una vez que termine con la facultad.

Al poder ver en la práctica todo lo estudiado en los últimos cinco años, me sirvió mucho para ver que es muy distinto todo en una situación real. En cuanto a los trastornos o enfermedades, pude notar la amplitud de sintomatologías para cada patología. También la dificultad que esa diversidad produce en muchos casos para llegar al diagnóstico correcto. Pude observar e indagar en cuanto a los trastornos con mayor prevalencia en la actualidad, o que también se ven más en ésta Institución. Se puede interactuar con usuarios de todos los rangos de edades; por esto estoy comenzando a pensar cuál me interesa en mayor medida y las dificultades de cada uno de ellos. Cuando comencé, tenía más seguridad en cuanto a la terapia con niños, pero a través de la experiencia pude notar que poseo preferencias en cuanto a los adultos y gerontes.

Se considera que una de las instancias de mayor aprendizaje fueron las entrevistas de admisión. Aquí pude notar cómo cambia el foco de la entrevista, dependiendo de muchos factores: la edad, el motivo de consulta, la urgencia, entre otros. Si se realiza correctamente, en esta primera aproximación se pueden ver muchos rasgos de la persona, incluyendo un diagnóstico presuntivo. A medida que las escuchaba, trataba de ir infiriendo el por qué de las preguntas del profesional, hacia

dónde se dirigen. Muchas veces hasta intentaba delimitar el diagnóstico presuntivo antes de que éstos digan algo. Esto ayudo mucho a mi capacidad de interpretación, predicción e imaginación. Pude delimitar qué habilidades terapéuticas eran fundamentales y la importancia del conocimiento amplio que se debe tener. También de las herramientas que tenemos, como internet, libros, artículos para poder enriquecer nuestros conocimientos, y hasta en el momento de la sesión darles uso para una aproximación diagnóstica más acertada.

El seguimiento de casos también aportó mucho. A partir de éstos pude notar los cambios de los usuarios con respecto al tratamiento, su motivación y adherencia al mismo. Desde un comienzo veía cómo se les explica el encuadre (varía según cada terapeuta) las técnicas que utilizan, la empatía con la que buscan la alianza terapéutica y muchas cuestiones más. Presencié algunas situaciones en las que fue necesario levantar el secreto profesional, como también fui partícipe de algunas experiencias difíciles, teniendo en cuenta lo ético y legal de la profesión.

Cada vez que salía de alguna sesión, me iba con algún aprendizaje. Muchas veces con ganas de investigar y recurría continuamente a los libros o a internet para saber más de lo que me iba encontrando. Los mismos profesionales nos “dejaban tarea”, que retomemos algún tema de la facultad, o cosas innovadoras con las que nos encontrábamos en la práctica.

Si tuviera que buscar algo negativo, fue la decisión que tomé de hacer las prácticas a la vez de cursar quinto año de la carrera. Siento que la facultad a veces me quitaba tiempo que hubiera podido dedicar a la práctica, y hasta podía llegar a ser muy cansador algunas veces. Era una situación muy rica para mi conocimiento, no quería desperdiciar nada de ella. A veces caía en frustraciones con las ausencias de los usuarios. Sucedió muy a menudo el hecho de dirigirme hasta la institución y que los usuarios falten sin aviso. En un punto comencé a sacarle provecho a ese tiempo libre, buscando alguna nueva actividad para hacer o simplemente conversar con los profesionales.

La herramienta del registro fue fundamental en la práctica. A través de ésta podía ir detallando lo que observaba y sentía. Al releerlos o al transcribirlos, era cuando surgían muchas dudas o inquietudes. Con respecto a estos interrogantes, tomaba acción y les preguntaba a los profesionales sobre ellas, o buscaba información por otros medios para esclarecerlas.

La técnica que utilizaba consistía en anotar todo en un cuaderno. Tanto en el momento de las sesiones como fuera de ellas, cualquier cosa que surgía con respecto a la práctica que consideraba importante. Anotaba la mayoría de las veces: el nombre del sujeto, la edad, el motivo de consulta y luego todo lo que creía pertinente. Tomaba nota de las intervenciones de los terapeutas, las técnicas que utilizaban, los tests que aplicaban y luego cuando se retiraba el usuario, registraba algún comentario sobre el mismo. Prestaba atención al lenguaje no verbal de la persona, ya que éste es igual de importante que lo que dice. Para esto utilizaba la memoria visual y lo anotaba luego de la sesión. En otro momento, realizaba una transcripción más global del día en el registro digital. Me enfocaba en la historia de cada caso, en lo que sucedía en el día y como me sentía yo al respecto. Al final, buscaba enfocarme en mayor medida en todo lo que me podía servir para la elaboración del TIF, sin dejar de lado otros datos significativos. Ya que estos registros son públicos, buscaba cuidar la confidencialidad y no ser muy detallista en cuanto a la historia personal de cada usuario. También intentaba tener ese cuidado en el cuaderno, al no poner el apellido ni datos pertinentes del usuario.

Con el pasar del tiempo, se podría decir que llegue a sentir lo que era ser parte de un equipo, y a ver cómo funciona dicho dinamismo institucional. Fue una institución muy agradable para transitar mis prácticas, se generaron vínculos muy importantes y se obtuvieron muchos conocimientos. No solo contenido teórico, sino que al poder observar sesiones terapéuticas y participar en éstas pude notar y absorber mucho en cuanto a los aspectos del rol profesional, la empatía, y hasta puntos negativos o difíciles que transitan los terapeutas constantemente.

7.2 Análisis y síntesis

El pasaje por el proceso de prácticas profesionales supervisadas que dio origen al presente trabajo de integración final, habilitó la oportunidad de tener una mirada crítica y descriptiva de los hechos en los que pude observar y ser parte. Los profesionales del Centro de Neurociencias Almenara permitieron participar en su práctica profesional diaria y respondieron muchas inquietudes. A partir de la experiencia compartida, lectura de material, entrevistas a los profesionales y el ejercicio del pensamiento crítico y creativo, se propone realizar un análisis de la práctica teniendo en cuenta el eje de sistematización: **Criterios utilizados por profesionales de un Centro Integral de Neurociencias para la comunicación del diagnóstico a los usuarios.** A partir de éste se arribó a categorías basadas en los objetivos formulados, en las entrevistas realizadas y en el análisis de los registros. Estas categorías son las siguientes:

- Criterios para la comunicación del diagnóstico según la orientación teórica de los profesionales.
- Influencia del tipo de diagnóstico en la comunicación del mismo.
- Importancia de los recursos personales del usuario para la comunicación del diagnóstico.
- Influencia del ciclo vital del usuario en la comunicación del diagnóstico.
- Normativas de diagnóstico y tratamiento.

7.2.1 Criterios para la comunicación del diagnóstico según la orientación teórica de los profesionales.

El centro Almenara, dio la oportunidad de interactuar con profesionales psicólogos de distintas orientaciones teóricas. Se pudo acompañar a algunos en procesos terapéuticos, en entrevistas de admisión, a otros en evaluaciones neurocognitivas y con algunos de ellos no se tuvo actividad específicamente dentro de un consultorio, pero sí compartimos espacios informales de conversación y debate

sobre ciertas temáticas en particular. Gracias a esto, se pudo comenzar a dilucidar que existían algunas diferencias de criterios y en ciertos casos similitudes en cuanto a la comunicación del diagnóstico al usuario entre los profesionales con distintos enfoques teóricos.

Como fue previamente desarrollado, tanto los presupuestos epistemológicos, los fundamentos teóricos y las técnicas de abordaje de los distintos enfoques de la psicología (sistémica, cognitivo-conductual, psicoanálisis y neuropsicología) son muy diferentes entre sí. Pero si bien tienen diferencias, poseen en común la mirada psicológica desde la subjetividad, cada teoría plantea una idea de sujeto distinto, pero tienen por objetivo final lograr el bienestar de los usuarios.

A continuación, se realizará un análisis de cada una de dichos enfoques, basándose en la teoría, en las entrevistas a los profesionales y los registros de campo. Se indagó en las entrevistas sobre la postura que cada profesional tiene en cuanto a la comunicación del diagnóstico y si creen que la orientación teórica con la que se desarrollan profesionalmente influye en ésta.

7.2.2 Enfoque sistémico

Sólo una de las profesionales trabajaba desde la perspectiva sistémica en la institución al momento en que se realizaron las prácticas. Con ella se compartieron procesos terapéuticos y se pudo observar dentro de sesión la manera con la que trabajaba el diagnóstico, además de discusiones en torno al tema fuera de la sesión y también realizó una clase de diagnóstico sistémico para los profesionales y las practicantes a partir de mis inquietudes sobre el tópico.

Al momento de la entrevista, ella refiere que e que comunica el diagnóstico si es funcional al tratamiento, es decir que sirva para aportar al bienestar del paciente y a los fines terapéuticos. Menciona que se basa en las demandas de cada usuario:

“Bueno yo pienso que el diagnóstico debe comunicarse si es funcional al tratamiento...Entonces bueno en función de la demanda del paciente, pero siempre pensando en sembrar semillitas (en términos de tratamiento) que las

intervenciones sean potenciales al bienestar del paciente. En mi caso al tomar las sesiones, hacer por supuesto un diagnóstico, pero también elaborar hipótesis de tratamiento y siempre va a estar pensando en un tratamiento para este paciente, la posibilidad de comunicarlo o no va a depender más bien de esas demandas, de lo que el paciente trae.” (E3 Paula)

De la Cruz (2000), menciona que el diagnóstico es solamente una parte del trabajo terapéutico, tal y como expresa la terapeuta en su entrevista. Este se va construyendo sesión tras sesión, es una hipótesis abierta y sometida al ingreso de nueva información que lo enriquece, certifica o reformula.

Por otro lado, cuando se le pregunta si cree que su enfoque teórico influye en la postura que toma, contesta afirmativamente. Y continúa con la elaboración de la respuesta:

“...uno ve al paciente en un sistema, en este sistema, en este consultorio quizás aislado y lo que se va produciendo ahí adentro ya es sistémico y quizás ahí es funcional decir un diagnóstico y a veces no. Pero siempre entendiendo que ese paciente forma parte de otros sistemas, y lo trae adentro de esa sesión. Entonces el paciente tiene una sabiduría, tiene una forma de ver el mundo, tiene una forma de intervenir al mundo y el terapeuta creo que tiene que estar atento a esos niveles del paciente.” (E3 Paula)

Tanto Cerverio (2013) cómo Roggia (2018) destacan que el diagnóstico individual resulta insuficiente para poder abordar integralmente al sujeto. Es por esto que manifiestan que se debe conocer y observar al fenómeno en su totalidad, ver a la persona en función a los sistemas en que se desarrolla. Utilizan un determinado foco a través del cual se analiza a la persona y éste se destaca por ser multifacético y dinámico.

“...qué construcción ha hecho el paciente en su historia, en su presente y en su contexto para darle sentido a esas palabras. Yo le puedo dar un sentido técnico, le puedo dar un sentido por mi formación, pero ¿es funcional este paciente ahora?” (E3 Paula)

Se advierte en lo expresado por la profesional lo que De la Cruz (2000) propone sobre los usos correctos del diagnóstico. La profesional emplea el diagnóstico para darle un sentido desde su formación teórica. Puede llegar a utilizarlo ya sea en conversaciones privadas en el ámbito clínico, donde pone en palabras los parámetros que aplica para comprender y poder diseñar un tratamiento adecuado. Sin que necesariamente se comunique a este usuario su diagnóstico, ya que como esboza en la entrevista, tiene en cuenta la historia y el contexto del usuario, para pensar que significación o uso le podría dar él a dichas palabras en ese momento del tratamiento.

Por otro lado, De la Cruz (2000) menciona usos inadecuados del diagnóstico, como darle una función estigmatizante o dormitiva si sirve para etiquetar a un usuario y encerrarlo en esto. La terapeuta expresa con claridad lo referido a esto en la entrevista:

“Y también hay una cuestión ahí con cuanto se condene y cuanto no... Hay pacientes que por ahí vos en la intervención que vas armando, vas empezando a dilucidar una construcción de problema, ponerle nombre a lo que le pasa y puede ser similar a un tipo de diagnóstico. Entonces el paciente puede posicionarse desde ahí en términos constructivos e intentamos que llegue al bienestar, pero en otros los condena. Hay algunos que salen del consultorio diciendo: "Yo soy tal cosa" y entonces corremos el riesgo de que todo su sistema contextual se acomode a eso, a ese diagnóstico que se le dio.” (E3 Paula)

“...el contexto se modifica de tal manera que puede hasta potenciar la enfermedad, y a mí me hace preguntarme hasta dónde está el buen quehacer profesional en ese sentido, como yo tengo que elaborar una intervención sin que ese paciente deconstruya, que no caiga en el malestar.” (E3 Paula)

Es importante tener en cuenta este factor a la hora de informar el diagnóstico. En una oportunidad, junto a la profesional se participó de una entrevista a una mujer de unos 48 años. Consultaba por su hijo adolescente el que fue diagnosticado en la niñez con un TDAH. Aparentemente, este niño desde pequeño había sido marcado como “el niño problema” de la familia, y todos los ojos estaban constantemente

colocados en él. Al comienzo de la adolescencia, comenzó a rebelarse ante todos los tratamientos (psicopedagógicos/fonoaudiológicos/psicológicos) a los que concurrió durante gran parte de su vida. Ya no quería ir más, y decía: “*Ya no tengo más TDAH*”. Al profundizar un poco en “las conductas aberrantes” por las que había venido la madre, comenzamos a notar que en general eran conductas corrientes de un adolescente. La terapeuta formuló la hipótesis de que al ver al niño bajo el foco de “el niño problema” durante gran parte de su vida, tanto la familia como la escuela lo colocaron en un molde del que no podía salir, por lo que se comenzó a trabajar esta situación con la madre y en sesiones posteriores con el resto de la familia. Esto se puede percibir en el siguiente fragmento:

“Paula le remarca a la madre que los diagnósticos dan un estigma, etiquetan una persona y se pone en ese papel y todo el entorno se acopla a ellos impidiendo que pueda superarlo. Hay que situarse en el momento de lo que le pasa. Hay que ver las cosas con otros lentes (remarca que muchas conductas son normales en los adolescentes). Él tiene sus recursos, él puede mientras le demos el lugar sacándolo del síntoma. No verlo como un problema sino como una situación a resolver. (registro 1/11/2018)”

Por casos como este se considera que hay ser muy cauteloso con el diagnóstico, desde el enfoque sistémico se tienen en cuenta principalmente los factores contextuales a la hora de comunicarlo. Se consideran muchos aspectos, y según lo examinado podría decir que el diagnóstico desde dicho enfoque se evalúa la comunicación del diagnóstico de acuerdo a la evaluación de cada caso en particular.

7.2.3. Enfoque Cognitivo-Conductual

En la institución muchos profesionales se especializan en el enfoque cognitivo conductual lo que permitió realizar más de una entrevista. Con estos tres profesionales se participó en entrevistas de admisión y en algunas sesiones terapéuticas. Al indagar sobre la postura que poseían en torno a la comunicación del diagnóstico se detectaron respuestas muy similares, probablemente en coherencia con sus enfoques terapéuticos.

Uno de ellos contestó que le parecía muy importante la comunicación para generar una mejor atención del usuario a la consulta:

“Desde mi lugar y mi trabajo terapéutico, para mí es muy importante poder comunicar al paciente el diagnóstico psicológico/psiquiátrico ya que eso permite generar una mejor atención del paciente a la consulta.” (E1 Fernando)

Y las otras terapeutas manifestaron una postura un poco más flexible frente a la misma pregunta:

“Es como ambivalente, yo creo que hay pacientes en los que está bueno y ayuda en la terapia saber el diagnóstico o por lo menos aclararse, y hay otros pacientes en los que termina siendo un poco más engorroso. Me refiero a eso en cuanto al uso que termina haciendo el paciente con ese diagnóstico que se le da.” (E2 Ana)

“Yo creo que la postura mía es bastante flexible, que en determinados casos es muy importante mostrarle y comunicarle al paciente cuál es su diagnóstico, creo que esto me ayuda a encuadrar mejor mi función como psicoterapeuta.” (E4 Silvia)

A partir de la experiencia en distintas entrevistas de admisión con los terapeutas entrevistados, se pudo observar cómo se toma el diagnóstico como algo central en la entrevista. Primero se preguntaba sobre algunas cuestiones personales, luego al preguntar por el motivo de consulta la atención de los terapeutas se centraba principalmente en indagar sobre posibles síntomas para poder ir trazando un diagnóstico presuntivo. En muchos casos ese diagnóstico se informaba al usuario en un tercer momento de la entrevista, en donde se le explicaba cómo podía llegar a proceder el tratamiento y se respondían preguntas que podrían surgir en relación al tema. Esto se pudo ver en la mayoría de las entrevistas, aunque algunas se daban de otra manera, y no se mencionaban diagnósticos. Se comenzó a observar cómo se informa un diagnóstico a los usuarios principalmente con ellos, el resto de los profesionales resguardaban más esta información, al menos hasta un punto más

avanzado de la terapia. Al notar esto, se indagó en la teoría que fundamenta al enfoque cognitivo conductual, lo que permitió comprender algunas razones por las que dichos terapeutas comunican el diagnóstico en mayor medida que los otros.

Por un lado, retomando lo descrito en el marco teórico, se podría reafirmar a partir de las entrevistas con los profesionales y las observaciones de campo que el diagnóstico en la terapia cognitivo-conductual posee un papel fundamental como guía para el proceso de tratamiento (Corey, Schneider Corey & Callanan, 2007).

“Claramente es desde que uno empieza la formación más en cognitiva que hay como una necesidad del diagnóstico como para poder planificar el abordaje.”
(E2 Ana)

“La colaboración del paciente que en esta terapia es una gran condición por las tareas que se llevan post terapia, la evaluación que hacemos de esas técnicas cada vez que vuelve y este es como el puntapié para empezar un proceso terapéutico.”(E4 Silvia)

Por otro lado, un factor importante relacionado con la comunicación del diagnóstico que se mencionó en las entrevistas y que se tuvo la oportunidad de presenciar en algunos procesos terapéuticos es la psicoeducación. Gómez (2010) la describe, como un componente central de esta terapia. El usuario al saber lo que está sucediendo se suma activamente a la tarea y a su vez es fundamental para la alianza terapéutica.

“En trastornos de ansiedad por ejemplo uno trata de hacer mucho psicoeducación...” (E2 Ana)

“...una de las pautas que tenemos en la cognitiva es poder psicoeducar al paciente, y la psicoeducación empieza desde el diagnóstico. Entonces poder mostrarle al paciente que tiene un trastorno de ansiedad generalizada, una fobia específica o trastornos de pánico por lo menos al comienzo me permite la apertura para ir aplicando determinadas técnicas. Para nosotros es importante que el paciente pueda saber qué le pasa, no desde el punto de vista de la etiqueta sino del trabajo en conjunto para trabajar los determinados

síntomas que el paciente posee. Ahora sí porque como te dije la psicoeducación, es una de las facetas imprescindibles. Y para psicoeducar trabajamos con bibliografía, podemos leer al paciente sobre lo que él tiene, podemos pedir que identifiquen cuáles son los síntomas, podemos aplicar escalas de evaluación y en las escalas el paciente puede leer que son para la ansiedad, para la depresión...” (E4 Silvia)

“Venían de una neuróloga que le había planteado que tenía un trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Pero la madre planteó que le parecía necesario hacer más pruebas para llegar a un diagnóstico específico. Luego de toda esta acumulación de información Silvia comenzó a hablar del diagnóstico. Les planteó que tiene sentido lo que les dijo la neuróloga por los síntomas que veíamos, pero que era necesaria hacer una evaluación más exhaustiva para confirmar el diagnóstico y a partir de esto comenzar con el tratamiento. Les dijo que era importante que ellos sean parte del tratamiento también, se los iba a psicoeducar para que aprendan como pueden actuar con su hijo para ayudarlo.” (Registro 19/06/2018)

En estos casos, las psicólogas les mencionan a los usuarios la psicoeducación, y les explican de qué se trata como parte del tratamiento. Luego, en la misma sesión o en futuras sesiones, se utiliza un tiempo de la terapia para darles explicaciones exhaustivas y en un lenguaje comprensible sobre sus diagnósticos, sus síntomas, medicación, el diagnóstico de su hijo en el caso del registro del 19 de junio y otras inquietudes que puedan surgir. Se utilizan herramientas como libros que el terapeuta tenga en el consultorio, el uso de internet a través de computadoras o el celular y en algunos casos no necesitan más de lo que saben ellos sobre las afecciones. Los terapeutas utilizan la información para esclarecer cosas, y también lo utilizan como un recurso que genera un compromiso en el usuario, tal y como expresa E1 Fernando en su entrevista:

“Si una persona asiste a un cardiólogo y este le dice "mire, usted tiene que venir todas las semanas conmigo y hacer esto y lo otro, y va a estar mejor" yo

particularmente me quedaría pensando que es lo que tengo, me generaría más incertidumbre. Por otra parte, si a diferencia de ese primer caso se le informa al paciente el diagnóstico, pronóstico, protocolo de actuación, tiempos, etc. Es probablemente mucho mejor para el paciente en cuestión poder trabajar desde ese lugar con su terapeuta / equipo tratante.” (E1 Fernando)

Así mismo, Mussi (2005) es quien plantea que las personas muchas veces no poseen la suficiente información sobre su situación, y es por esto que no consiguen cambiar. El proporcionar un feedback al usuario sobre la problemática que está transitando, así como sus posibles consecuencias o riesgos es una tarea fundamental del terapeuta cognitivo- conductual. Para lograr el cambio, es importante una motivación y muchas veces este malestar que puede generar un diagnóstico es una herramienta fundamental para impulsarlo. Siempre se debe tener en cuenta la individualidad de los casos, tal y como aclaran los terapeutas:

“Es como ambivalente yo creo que hay paciente en los que está bueno y ayuda en la terapia saber el diagnóstico o por lo menos aclararse, y hay otros pacientes en los que termina siendo un poco más engorroso me refiero a eso en cuanto al uso que termina haciendo el paciente con ese diagnóstico que se le da.” (E2 Ana)

Se considera indispensable retomar los postulados de Fernández Álvarez (Citado en Monguiat, 2016), quien plantea que una rotulación es útil, por más que otras teorías digan lo contrario, ya que a partir de un uso correcto de ésta se deberían comenzar a ajustar los sistemas mentales del usuario y del terapeuta en función de un trabajo conjunto.

“La colaboración del paciente en esta terapia es una gran condición por las tareas que se llevan post terapia y la evaluación que hacemos de esas técnicas cada vez que vuelve, es como el puntapié para empezar un proceso terapéutico. Para nosotros es importante que el paciente pueda saber qué le pasa, no desde el punto de vista de la etiqueta sino del trabajo en conjunto para trabajar los determinados síntomas que el paciente posee.” (E4 Silvia)

En la terapia cognitivo-conductual el trabajo conjunto de terapeuta y usuario es un postulado importante. El usuario toma un rol activo en la terapia, se trabaja con un constante feedback y el terapeuta puede ser directivo frente a éste o no, dándole tareas para que haga en momentos fuera de la terapia o dentro de la misma. El usuario es quien guía la terapia, y al poder apropiarse de su diagnóstico este puede interactuar desde otra postura frente a su padecer y sus síntomas.

7.2.3. Enfoque Psicoanalítico

Fueron entrevistadas tres profesionales que trabajan desde un enfoque psicoanalítico. Cabe aclarar que una de ellas posee algunas formaciones en terapia cognitivo-conductual pero manifiesta que su manera de abordaje es ecléctica y utiliza mucho la mirada psicoanalítica, es por esto que fue categorizada dentro del psicoanálisis (E6 Flavia).

Durante la práctica, no se tuvieron muchas oportunidades para participar de procesos terapéuticos con ninguna de las entrevistadas, si se compartieron otros espacios como supervisiones y conversaciones con respecto a diversas temáticas. A pesar de eso, se pensaba que dichas terapeutas debido a su enfoque eran reticentes a la comunicación de los diagnósticos. Algunas teorizaciones concuerdan con este pensamiento, pero al ahondar en el tema, se pudo dilucidar que algunos psicoanalistas utilizan el diagnóstico en ciertas ocasiones. Quizá no le den el mismo uso que las otras terapias que se profundizaron, ni se comunique con la misma frecuencia que en otros enfoques, pero sí se le da un abordaje.

En relación a esto, se tomarán los aportes de Freud (Citado en Mordo et al. 2007) quien manifiesta que para que la cura tenga lugar, es preciso que el usuario cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de la enfermedad. Es por esto que certifica que el proceso diagnóstico de la clínica psicoanalítica es el que le permite al sujeto, en la escena transferencial, dar cuenta y modificar su posición ante la enfermedad misma.

Al preguntar sobre la postura que tomaban en torno a la comunicación del diagnóstico las terapeutas manifestaron flexibilidad en cuanto a esto. Ninguna respuesta fue determinante en un principio:

“Creo que esta va a ser una respuesta bastante generalizada. Y que depende mucho del diagnóstico, del caso, con el abordaje que acuerdes con el equipo interdisciplinario con el que estés tratando el paciente y por supuesto con aquellas personas que vayan a recibirlo y la capacidad que tengan para escucharlo.” (E6 Flavia)

“Creo que la comunicación de un diagnóstico depende de diversos factores. Antes que nada, no creo que sea necesario comunicarlo en todos los casos... No tengo una postura a favor o en contra de la comunicación de un diagnóstico, en mi práctica lo considero en el caso a caso y lo utilizo en favor del tratamiento.” (E7 Ema)

“Yo no acostumbro habitualmente a darles un diagnóstico, en términos de DSM IV. En todo caso lo que sí trabajo es una devolución, después de una serie de entrevistas básicamente diagnósticas, al momento de armar un contrato terapéutico sí trabajo con una devolución de lo que yo escuché, de lo que pudimos trabajar, en lo que vamos a hacer foco, si escucho cierta urgencia planteo la opción de si es necesaria una medicación, generalmente este es el momento en el que me tomo el tiempo para charlar con el paciente de lo que le pasa.” (E8 Carolina)

A pesar de esto, al momento de ahondar en sus respuestas, dos de las terapeutas manifestaron que no usan el diagnóstico casi nunca, no se informa la nomenclatura determinada por el DSM IV o ningún otro manual.

“En general no suelo dar un diagnóstico en términos del DSM IV, salvo que la situación lo requiera. Cuando hay una situación que demanda una internación, a una consulta psiquiátrica, ahí introduzco algo más de lo que es la nomenclatura más diagnóstica. Pero sino en términos generales, me ha pasado que el paciente viene con un cuadro de ansiedad y se le devuelve en

términos de ansiedad, pero no en términos de "esto es un trastorno".” (E8 Carolina)

“Siempre que hablemos de diagnósticos bien nombrados. Estoy de acuerdo en que hay determinados casos en los que no hace falta decir o hablar puntualmente de esquizofrenia, psicosis puntualmente. Pero si se puede hablar de mecanismos y hacer alusión a las conductas sin decir directamente qué diagnóstico tiene la persona. No suelo comunicar diagnósticos específicos.” (E6 Flavia)

Dichas respuestas, concuerdan con lo expresado por Bueno Belloch (2010) en su trabajo, quien plantea que el modelo diagnóstico sintomatológico de manuales como el DSM IV y el CIE10 iguala a todos los usuarios y los estigmatiza. Manifiesta que el diagnóstico psicoanalítico posee una diferente concepción del sujeto, del síntoma y de la inclusión de la dimensión inconsciente que hace el modelo. En referencia a nomenclaturas y etiquetas, también se retomarán los aportes de Koplevich (2011) quien afirma que el diagnóstico carece de valor cuando se utiliza como etiqueta, ya que obstruye la escucha de lo que no entra en dicha categorización. A pesar de esto, puede llegar a ser importante para que el analista lo utilice para pensar una dirección de la posible cura, orientar las intervenciones, o como guía para discutir con otros profesionales. Dicha afirmación se puede ver en algunos fragmentos de las entrevistas:

“En caso de ser necesario, es importante no tener una única manera de comunicar lo que está pasando, a veces podemos dar un diagnóstico sin usar las “palabras etiqueta” de los manuales, y podemos transmitir lo mismo de una manera que sea comprensible para el paciente... Creo que los diagnósticos y los manuales son necesarios para entendernos entre las distintas disciplinas y profesiones, pero creo de fundamental importancia tener en cuenta que no son diagnósticos rígidos...” (E7 Ema)

“No hace falta decir: bueno tu diagnóstico es esto sino bueno, tú sintomatología o todo lo que me explicaste lleva a que tengas un cuadro de

este tipo. No es lo mismo decir tenés un trastorno de ansiedad generalizado, o estás pasando por crisis de pánico que hablar de psicosis, trastornos del espectro autista o de otros diagnósticos más complejos.” (E6 Flavia)

“No es pecado no diagnosticar, sí creo que crecemos un poco con el miedo a los rótulos y a veces somos demasiado precavidos por la cuestión de rotular. Pero me parece que hace más a la formación general que a la cuestión de la formación psicoanalítica.” (E8 Carolina)

La rotulación es una temática que, en dicho enfoque, a menudo genera incomodidad. Se trata de no mencionar el diagnóstico o de mencionarlo de otras maneras, como a través de sintomatologías o cuadros. Tanto las entrevistadas como los autores plantean que esto lleva al encasillamiento, tanto de parte del usuario “yo soy esquizofrénico” tomándolo como parte de su identidad y cumpliendo su rol a partir de esto. Como así también por parte del terapeuta quien puede llegar a encerrar al usuario en dicha etiqueta y no puede ver más allá de ésta.

“No entro en categorías diagnósticas porque me parece obturamos la posibilidad de que algo se despliegue.” (E8 Carolina)

Por otro lado, algunos autores aportan una mirada distinta hacia dicha postura, Mordo et al. (2007) afirman que las categorías diagnósticas son imprescindibles para la orientación en la clínica. Dilucidar la estructura en juego es ineludible para que el analista tome su lugar en ella, a fin de que pueda sostener la transferencia en su singularidad en cada caso.

“...creo que para poder llevar adelante un tratamiento sí tengo que tener un buen diagnóstico del paciente. Lo que no quiere decir que necesariamente se lo vaya a devolver en términos. Sí creo que es necesario el diagnosticar, no el rotular...” (E8 Carolina)

Se puede ver la dicotomía que existe en cuanto a ciertas concepciones del diagnóstico y de la comunicación de éste, pero en cierta forma se logra esclarecer la postura que poseen las analistas en cuanto a la temática y cómo lo manejan dentro del consultorio.

Para concluir con el enfoque, se considera sustancial citar la respuesta que una de las entrevistadas proporcionó en torno a esta temática. Ella transitó la primera etapa de su carrera con una formación psicoanalítica y luego se formó en la teoría cognitivo-conductual.

“Antes cuando ejercías desde el psicoanálisis ¿Tenías otra postura ante esto?” (Entrevistadora)

“Si, no lo mencionaba. Ahora sí porque como te dije la psicoeducación, es una de las facetas imprescindibles. Y para psicoeducar trabajamos con bibliografía, podemos leer al paciente sobre lo que él tiene, podemos pedir que identifiquen cuáles son los síntomas, podemos aplicar escalas de evaluación y en las escalas el paciente puede leer que son para la ansiedad, para la depresión, entonces sí es como muy distinta la posición que tengo desde que me formé en esto a la que tenía antes.” (E4 Silvia)

Aquí se puede ver claramente cómo la postura cambió una vez que su enfoque teórico fue distinto. Al profundizar en las teorías se comienza a comprender en qué pone el acento cada teoría y a su vez cómo eso es generador de diferentes modos de abordaje.

7.2.4. Enfoque Neuropsicológico

Con respecto a la neuropsicología se ha encontrado un abordaje totalmente disímil a los otros enfoques en referencia a la comunicación del diagnóstico. Las profesionales entrevistadas expresaron claramente su postura y sus respuestas fueron congruentes con la bibliografía revisada.

Arango Laspirilla (2006) postula que el psicodiagnóstico es una de las funciones más importantes que tiene el neuropsicólogo en conjunto con otras disciplinas de la salud, a partir de las distintas baterías de las evaluaciones neuropsicológicas y otros estudios neurológicos se llega a un diagnóstico certero. Ante la pregunta de la postura que poseían con respecto a la comunicación del diagnóstico, coincidieron que desde su lugar no tienen el deber de comunicarlo, ya

que su función principal es tomar las evaluaciones neurocognitivas y se referían a estas como una prueba complementaria entre muchas otras para poder delimitar un diagnóstico.

“Desde nuestra formación teórica de neuropsicología siempre nos han remarcado mucho que el diagnóstico lo haga un médico, porque hay muchas cuestiones a nivel físicas y orgánicas que nosotros como psicólogos no sabemos... Además, porque la evaluación cognitiva sola pueda recaudar muchísima información, pero es un solo estudio que sólo lo ves dos horas al paciente entonces sería como bastante irresponsable ahí transmitir un diagnóstico.” (E5 Lucía)

“A ver, yo como neuropsicóloga no doy diagnósticos. Los neuropsicólogos no damos diagnóstico, nuestras conclusiones en los informes que hacemos son perfiles...No es mi función, no me corresponde y estaría cometiendo un error si yo brindo una etiología o un diagnóstico a mí evaluación. Mi función es medir estas funciones ver cómo están y comunicárselo a eso para que sea una herramienta para el neurólogo.” (E9 Julieta)

“Julieta le planteó a la madre que luego con el informe que ella haga iban a poder tener un diagnóstico más preciso con la neuróloga y a realizar el planeamiento del tratamiento. Les comentó que cuando les de el informe, iban a poder cerrar con la neuróloga el diagnóstico, que iba a poner también indicaciones para el colegio y para la casa.” (Registro 31/08/2018)

Con respecto a la temática, Garriga (2015) es quien explica que estas pruebas tienen por objetivo examinar las funciones cerebrales superiores y proveer información importante acerca de las habilidades funcionales. Y reafirma que la evaluación no tiene un valor de diagnóstico certero, ya que el diagnóstico se establece mediante la entrevista médica al usuario y a un informante, con los estudios complementarios de imágenes, laboratorio y con la evaluación neurocognitiva.

Por su parte, se retoma a Álvarez (2015) quien explica que a pesar de que la evaluación neurocognitiva no sea suficiente para realizar un diagnóstico por sí sola,

permite detectar señales que alertan sobre la presencia de alguna patología, impulsando así la realización de estudios complementarios que permitan identificar el diagnóstico definitivo. O a la inversa, cuando las neuroimágenes son normales, la evaluación neuropsicológica puede resultar primordial para el diagnóstico de la patología cerebral.

Por otro lado, cuando se indagó un poco más en cuanto a las inquietudes y ansiedades que puede generar en las personas el realizar una serie de pruebas y no obtener un resultado, las profesionales contestaron que muchas veces se les devuelve a los usuarios perfiles. No se brindan diagnósticos concretos, pero se explica si es requerido por el usuario o por la familia el tipo de déficit o indicadores que se han encontrado en las evaluaciones, en qué área cognitiva está el problema (memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.) y algunos otros detalles como ventajas o desventajas del problema.

“Si, a veces se dan devoluciones de los informes cuando la familia lo solicita, como que te piden "explícame qué significa perfil amnésico" y uno le explica por ejemplo el déficit está más que nada en la parte de la memoria, en la parte semántica y se le explica de qué se trata ese perfil. Cuáles son las ventajas y desventajas, cuáles son las funciones que andan mejor o las que andan más o menos.” (E9 Julieta)

Se pudo notar, al participar de muchas evaluaciones, que en el momento de comunicar estos indicadores o perfiles, las profesionales muchas veces también trataban de destacar lo positivo que se encontraba en las pruebas, como por ejemplo las funciones cognitivas que se encontraban intactas. O la funcionalidad que podrían llegar a tener a pesar del déficit. La empatía era un factor muy importante en estos momentos: puede ser muy disruptivo para una persona confirmar a través de estudios que padecen algún problema neurológico o cognitivo.

Los autores Ardilla y Ostrosky (2012), aportaron que además de los procedimientos puramente clínicos y cualitativos. Es aconsejable emplear procedimientos estandarizados y cuantitativos de evaluación, que sean claros,

comprensibles, y comparables. Pudiendo aumentar el nivel de inter comunicabilidad y confiabilidad tanto con los usuarios o sus familiares, como con la comunidad a la que se le informa del caso.

“Al terminar todas las pruebas Lucía le dio una devolución. Le comentó que notaba fallas en la distracción y las planificaciones. Es decir, fallas atencionales y disejecutivas, remarcándole que él posee muy buenas capacidades en habilidades sociales.” (Registro 17/05/2018)

Podría decirse, a partir de lo elaborado, que la formación de las terapeutas fue clave en cuanto a la postura que tomaron sobre la comunicación del diagnóstico. Su función es muy específica a pesar de que cada evaluación sea distinta según cada usuario.

Para finalizar este apartado, se puede vislumbrar, a partir de lo descripto, que los distintos modelos teóricos de la psicología plantean diferentes concepciones con respecto al diagnóstico y a su comunicación. Podría señalar que coinciden en algunos puntos, pero a su vez difieren en muchos de ellos. Se debe tener en cuenta en este aspecto, la diversidad y la amplitud que se genera en las profesiones de salud mental. No solo cada enfoque tiene marcos teóricos diferentes, sino que cada profesional conforma una manera de ejercer o de actuar profesionalmente en base a sus experiencias y conocimientos. Y a su vez cada usuario es diferente, ningún diagnóstico se repite exactamente, ninguna historia vital es igual a la otra. Existen muchos factores a tener en cuenta a la hora de informarle a alguien lo que padece, pero se considera que la formación teórica condiciona sustancialmente las posturas de los terapeutas a la hora de decidir informar o no el diagnóstico.

7.2.2 Influencia del tipo de diagnóstico en la comunicación del diagnóstico

En el siguiente apartado, se indagó acerca de cómo puede llegar a influir cada diagnóstico al momento en que el terapeuta decida comunicarlo o no. Antes de analizarlo, se considera elemental retomar la conceptualización de diagnóstico expresada por Camacho (2006), quien plantea que son construcciones que nos permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas, y se realizan mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Él destaca que los diagnósticos no son la realidad, sino que son meras construcciones que tienen alguna utilidad. Es muy importante poder pensar a los diagnósticos como aproximaciones, siempre como construcciones que deben ser revisadas. Estas cambian no sólo en cada usuario a nivel individual, sino que la comunidad científica misma modifica los sistemas clasificatorios y por ende los diagnósticos o los criterios que utiliza para delimitar las diferentes entidades clínicas. El autor remarca que hay que salir de la lógica extremista que propone diagnosticar todo o no diagnosticar nada y pensar en diagnósticos funcionales, que a modo de andamio se utilicen mientras sirven y después puedan dejarse de lado, para no perder de vista a las personas.

Al presenciar diversas entrevistas de admisión y psicoterapias, se pudo comprobar que algunos diagnósticos específicos se comunicaban mucho más que otros. Es por ello que se comenzó a indagar al respecto. Todos los profesionales, excepto una contestaron que el tipo de diagnóstico influía en su decisión de informarlo o no.

“Si, no es lo mismo comunicar que la persona padece un trastorno de ansiedad no especificado a un trastorno obsesivo compulsivo, mucho menos un trastorno límite de la personalidad. Por lo que es en estos casos necesariamente apegarse al protocolo que disponga la institución médica por una parte y por otra al criterio del profesional.” (El Fernando)

“Sí es lo que te decía yo creo que sí hay diagnósticos en los cuales el saber los ayuda mucho más y las personas empiezan a comprender cuáles son las necesidades y hay otras que el saberlo entorpece por ahí en el proceso En

trastornos de ansiedad por ejemplo uno trata de hacer mucho psicoeducación, en depresión no se habla... va yo en realidad nunca hablé o le dije es depresión lo que vos tenés, si no se lo dijo el psiquiatra yo no se lo digo, sino que hago más referencia a lo que es el estado del ánimo por ahí los niñitos son como un poco más sensibles también.” (E2 Ana)

“Sí, es como lo que te explicaba antes, por ahí uno pensando en sus pacientes... pienso en alguno que sea vulnerable y necesita una red de contención familiar o social para que colaboren en la cotidianidad de ese paciente o incluso un acompañante terapéutico, creo que hay que manejar bien la estrategia terapéutica para comunicar, voy a elegir a hacerlo o no según lo que está pasando en este momento y según la demanda.” (E3 Paula)

“Creo que influye mucho el diagnóstico, pero también influye mucho la personalidad del paciente que uno la va percibiendo, o la susceptibilidad del paciente, o la apertura del paciente para poder recibir un diagnóstico así.... Hay situaciones que en la primera entrevista... sobre todo que yo he tomado muchas entrevistas de admisión en las distintas instituciones, pasa que por ejemplo el trastorno de pánico sí en el acto lo digo, porque esto es empezar desde ese momento a trabajar con la sintomatología.” (E4 Silvia)

“Sí por supuesto, por esto que te venía contando muchas patologías el diagnóstico no le es útil y no me es útil a mí. Porque me marca un abordaje y una línea y un abordaje terapéutico con el paciente y bueno yo trabajo mucho con los familiares también. Y hay patologías en que el diagnóstico provoca mucho alivio en el paciente, entonces transmitirle el diagnóstico y psicoeducar sobre el diagnóstico...” (E5 Lucía)

“Sí, claro que influye. Por ejemplo, si estamos hablando de un paciente psicótico, tal vez yo no le diga al paciente directamente su diagnóstico, pero si hay una familia y un contexto contenedor y que pueda ser recipiente del mensaje que se intenta dar, de cómo tratarlo, el diagnóstico es disparador del tratamiento, si lo puedo decir. Pero si no me encuentro con un entorno que contenga, aunque pueda escucharlo no lo digo. En cambio, cuando se trata ya

de cuestiones de ánimo, generalmente podríamos decir uno se encuentra más con estructuras del tipo neurótico. Entonces no es tan complicado, a menos que sea una depresión severa y no haya entorno que pueda contener o sostener en ese tipo de diagnóstico.” (E6 Flavia)

“Creo que sí, creo que hay cuadros en los que uno tiene necesariamente que hacer una devolución del diagnóstico. En esos casos tomo la precaución de que se entienda de qué estoy hablando, sobre todo cuando hay alteraciones de pensamiento, cuando hay patología grave más del orden del trastorno de la personalidad o una psicosis soy más de explicar, o me tomo el tiempo. Porque a veces un diagnóstico dado sin la suficiente contención y sin el suficiente contexto genera en pacientes frágiles unos estados de muchísima angustia.” (E8 Carolina)

“No creo que el tipo de diagnóstico influya en la comunicación del mismo, lo que considero que influye en la comunicación es pensar a quién se lo voy a transmitir... Todos los diagnósticos son igualmente importantes si pensamos que hay sufrimiento en la persona que nos convoca.” (E7 Ema)

Como puede verse en las entrevistas, muchos afirmaron que cuando se trata de trastornos del tipo ansioso (ansiedad generalizada, pánico, fobias, etc) suelen comunicarse más que otros. Durante las supervisiones y otras ocasiones en la práctica se hace alusión al trastorno en sí. Al utilizar la herramienta de psicoeducación, provoca alivio en la misma ansiedad del usuario de saber “yo que tengo” también de estar al tanto de que existen tratamientos para aliviar ese malestar y que no son los únicos que padecen ese diagnóstico. Se considera que es por esto que en muchos casos en las primeras sesiones se hace la comunicación del diagnóstico presuntivo, teniendo desde ese instante un efecto terapéutico en el usuario. Y por otro lado se hablaba de que estos tipos de trastornos “no están mal vistos socialmente”, lo que hace que sea más sencillo para los usuarios recibir estos diagnósticos más que otros.

“Silvia le comenta que según el diagnóstico presuntivo que hacía se trataba de un trastorno de ansiedad. Le explicó que el diagnóstico lo iba a hacer bien el profesional con el que lo derive. Pero le explicó los tipos de trastornos de

ansiedad y manifestó que tenía rasgos de un trastorno panicoso y de ansiedad generalizado. Le comentó que ningún ataque de pánico mataba a nadie, cuánto duraban, cómo mejorarlos, los síntomas exactos y él iba afirmando todo lo que sentía. También cómo funcionaba la TCC con estos trastornos, qué tipo de actividades iba a haber con el profesional y las posibles respuestas. También había indagado por síntomas de TOC, por lo que después le pregunté por qué no le comento algo de esto en el diagnóstico. Me dijo que poseía rasgos de obsesivo también, pero iba a ser mucho para asimilar. Más en este paciente que investiga todo y era muy curioso. Lo dejó tranquilo ya que podía ponerle un nombre a lo que tenía y sabía que no era el único que lo padecía y que podía mejorar.” (Registro 14/06/2018)

Algunos de los terapeutas mencionaron diagnósticos difíciles de comunicar, o que preferentemente no se mencionan. Entre ellos se señalaron: psicosis, trastorno límite de la personalidad, asperger y depresiones severas. En estos casos, retomando lo expresado por los profesionales, se podría decir que se trata de estructuras más frágiles o rígidas, ya que al recibir un diagnóstico como estos el sujeto puede llegar a reaccionar de una manera absolutamente impredecible para el terapeuta. Y también se destacó como un factor importante el nivel de contención que pueden llegar a tener o no dichos usuarios. Este elemento ha sido considerado por muchos de los terapeutas, en distintos momentos de la entrevista, como fundamental. A partir de esto se evalúa la posibilidad que puede llegar a tener el usuario para poder hacerse cargo y lidiar con este trastorno haciendo terapia y, en algunos casos, tomando medicación.

“Después me pasa que en Asperger a veces es como que te genera todo un tema poder transmitirlo y trabajarlo...Si bien es algo que marca un antes y un después lo pueden percibir de otra manera, a veces los niños no están interesados en eso no ponen el foco ahí, en adultos también es como más raro.” (E2 Ana)

“Muchas veces cuando te encontrás con un paciente que sumamente rígido, por ahí el verter un diagnóstico es lo que lo lleva a ellos a encasillarse en un lugar que puede llegar a aceptarlo o no.” (E4 Silvia)

“...si estamos hablando de un paciente psicótico, tal vez yo no le diga al paciente directamente su diagnóstico, pero si hay una familia y un contexto contenedor y que pueda ser recipiente del mensaje que se intenta dar, de cómo tratarlo, el diagnóstico es disparador del tratamiento, si lo puedo decir.” (E6 Flavia)

“...sobre todo cuando hay alteraciones de pensamiento, cuando hay patología grave más del orden del trastorno de la personalidad o una psicosis soy más de explicar, o me tomo el tiempo. Porque a veces un diagnóstico dado sin la suficiente contención y sin el suficiente contexto genera en pacientes frágiles unos estados de muchísima angustia. Lo que me ha pasado muchas veces con pacientes (después del diagnóstico que venía solicitado por un psiquiatra), es que al entender la devolución que les hago, el paciente se fue muy contento, pero cuando leyó el informe y vio que decía trastorno borderline, se puso a buscar en internet, e hizo una crisis peor que la que hubiera hecho en otra situación.” (E8 Carolina)

Por último, se considera importante destacar lo expresado anteriormente por Adela García (1997), quien manifiesta que en general, un diagnóstico implica que el objeto y el método de indagación están basados en suposiciones estables, como en el dominio biomédico. Por otro lado, refiere que en psicología el diagnóstico se realiza basándose en los relatos, en las descripciones de comportamientos hechas por las propias personas acerca de si mismas o de otras y, debido a esto, se hallan en dominio de la interpretación. A partir de lo expresado, se supone que el diagnóstico no está claramente definido y el tratamiento no es único, sino que depende del marco teórico del terapeuta.

Es destacable, en referencia a lo mencionado por la autora, que los profesionales se especializaron a partir de distintas teorías. Muchos de ellos realizaron cursos de psicodiagnóstico, todos desde el punto de vista de su propio enfoque. Pero

la teoría no es exactamente igual a la realidad, todos al momento de ejercer se encontraron con desafíos, sorpresas y dificultades que lograron que se pongan en juego habilidades terapéuticas para poder adaptarse a cada usuario y a cada situación que se les presentaba. Retomaré una frase que una terapeuta me dijo durante las prácticas: *“Cada usuario es un mundo”*. La complejidad es un elemento clave en el ser humano, los diagnósticos van cambiando, quien lo padece va cambiando y los mismos terapeutas y manuales mutan. En la entrevista se preguntó específicamente por como el tipo de diagnóstico influía en la comunicación, pero la mayoría mencionó a esto cómo un factor entre muchos más. Si bien pude deducir que es un criterio importante a tener en cuenta, éste está en constante interrelación con muchos criterios más. Es por esto que encuentro como un gran desafío el poder realizar un diagnóstico y luego saber qué hacer con respecto a este.

“En algunos casos es necesario poder tener una comunicación del diagnóstico centrada en el paciente, lo que quiere decir que se tendrá en cuenta la edad, nivel sociocultural, ámbito de atención (público o privado) y si es necesario o no que haya un familiar presente.” (E1 Fernando)

“Considero que influye en la comunicación es pensar a quién se lo voy a transmitir, es decir creo que lo importante es tener en cuenta con qué recursos cuenta esa persona para poder recibir lo que le voy a comunicar, sea el diagnóstico que sea. Todos los diagnósticos son igualmente importantes si pensamos que hay sufrimiento en la persona que nos convoca.” (E7 Ema)

“Si hay una familia y un contexto contenedor y que pueda ser recipiente del mensaje que se intenta dar, de cómo tratarlo, el diagnóstico es disparador del tratamiento, si lo puedo decir. Pero si no me encuentro con un entorno que contenga, aunque pueda escucharlo no lo digo.” (E6 Flavia)

“También influye mucho la personalidad del paciente que uno la va percibiendo, o la susceptibilidad del paciente, o la apertura del paciente para poder recibir un diagnóstico así.” (E4 Silvia)

.

7.2.3. Importancia de los recursos personales del usuario para la comunicación del diagnóstico

Al buscar posibles criterios que utilizan los profesionales al momento de decidir comunicar o no el diagnóstico, los recursos personales fueron un elemento importante a considerar, por lo que a continuación se profundizará en su importancia. Para esto se considera fundamental retomar lo descripto por Andrade Palos y Rivera Heredia (2007) quienes proponen que los recursos personales son los que ayudan a las personas a crecer y prosperar exitosamente en sus diferentes áreas vitales, como en el trabajo o las relaciones personales, contribuyendo a su bienestar y felicidad, así como a proteger su salud. El poder analizar a partir de algunas sesiones los recursos que posee el usuario con el que se va a trabajar es uno de los roles más importantes del psicólogo para poder determinar el proceder de la terapia. A partir de esto no solo se delimita si se informa o no el diagnóstico, sino que también se planifica el tratamiento individual y las técnicas a utilizar y se pone en juego la flexibilidad del terapeuta en su accionar con diferentes individuos.

Se interrogó a todos los terapeutas con respecto a la temática, preguntando si se tenían en cuenta los recursos personales al momento de comunicar un diagnóstico. Las respuestas obtenidas tuvieron un resultado unánime, todos tienen en cuenta los recursos y algunos manifestaron que era el criterio más importante a la hora de tomar la decisión de informarlo.

“Absolutamente, este es el principal criterio que hace que yo transmita o no un diagnóstico.” (E8 Carolina)

“Considero que lo más importante es tener en cuenta los recursos personales con los cuales cuenta esa persona a la hora de comunicar un diagnóstico.” (E7 Ema)

Algunos profesionales mencionaron algunos recursos que les parecieron fundamentales. Existe un enorme bagaje de recursos y diferentes teorías que los categorizan de distintas formas. Esto se pudo ver en la diversidad de las respuestas:

“Puede ser porque todavía le falta un montón de aceptación es de este proceso qué está pasando, puede ser por mecanismos defensivos del paciente o puede ser también porque todavía no estableciste un lazo a nivel terapéutico demasiado fuerte y contenedor quizás porque la patología del paciente o por la personalidad del paciente.” (E5 Lucía)

“Sí, como la capacidad de insight que tenga, la posibilidad de expresar sus ideas, sus síntomas, sus formas de sentir, las interpretaciones que tiene de las cosas que le pasan. Digamos, el contenido que tenga en su discurso, si me parecen muy importantes los recursos que tenga la persona.” (E6 Flavia)

“... hay niñitos que son muy chiquitos y no logran entender...” (E2 Ana)

En estas entrevistas podríamos destacar algunos recursos mencionados como: procesamiento de la información, mecanismos defensivos, capacidad de insight, comunicación, nivel interpretativo, contenido del discurso, capacidades intelectuales, entre otras.

Un aspecto para analizar, es lo mencionado por Sanchez y Paniagua (2010) quienes plantean que las personas invierten sus recursos para manejar las situaciones estresantes y prevenir sus efectos negativos. La devolución de un diagnóstico, puede llegar a manifestarse como un acontecimiento negativo para muchas personas. El poner una etiqueta a algo que sucede diariamente puede ser estigmatizante, y para muchos el entrar dentro de “la categoría de enfermedad mental” es un hecho estresante y puede llegar a generar cambios radicales en la vida de una persona. Es por esto que se tiene sumo cuidado a la hora de informar un diagnóstico: se deben tener en cuenta muchos factores y poder buscarles un uso positivo puede llegar a ser un desafío. Se ponen en juego muchas veces la alianza terapéutica y el compromiso del usuario con la terapia. En el rol del profesional no está únicamente el buscar incapacidades, sino trabajar en conjunto con el sujeto para intentar crear nuevos recursos para afrontar la vida diaria.

Este aspecto pudo manifestarse en algunas entrevistas:

“A ver, uno da del diagnóstico y el paciente trabaja a la par de uno para poder salir de determinados esquemas comportamentales o cognitivos que tienen. Pero hay otros pacientes que no, etiquetan de una manera sumamente prejuiciosa, que esto no los ayuda para nada. Entonces sí o sí se tiene en cuenta la edad del paciente, se tiene en cuenta la estructura que hasta ahí vimos en las entrevistas diagnósticas.” (E4 Silvia)

“A partir de la comunicación con otros profesionales que están trabajando con este paciente también, sobre todo médicos, uno ya tiene en cuenta el diagnóstico, pero el paciente no está preparado para recibirlo. Puede ser porque todavía le falta un montón de aceptación de este proceso qué está pasando, puede ser por mecanismos defensivos del paciente o puede ser también porque todavía no estableciste un lazo a nivel terapéutico demasiado fuerte y contenedor quizás por la patología del paciente o por la personalidad del paciente, que esté acorde para recibir lo que para muchos es un gran peso.” (E5 Lucía)

“La capacidad de insight que tenga, la posibilidad de expresar sus ideas, sus síntomas, sus formas de sentir, las interpretaciones que tiene de las cosas que le pasan.” (E6 Flavia)

“A menos que yo sepa que el paciente va a reaccionar de una devolución de un diagnóstico trato de ser muy prudente, porque no cualquier paciente está en condiciones de escuchar algunas cosas y a veces tomo la precaución de citar familiares, como otros recaudos en función de las características del caso.” (E8 Carolina)

Durante una supervisión, se analizó el caso de un usuario de Silvia, quien fue diagnosticado durante años con depresión. Ya había logrado aceptar su diagnóstico y realizaba un tratamiento farmacológico y terapéutico. Un día la terapeuta descubrió un importante episodio de manía y llevó el caso a supervisión para intentar confirmar sus sospechas de un trastorno bipolar. Todos concordaron a partir de los síntomas de que su sospecha era correcta: se trataba de un trastorno bipolar. La terapeuta decidió

derivarlo con uno de los psiquiatras de la Institución, quien había presenciado la reunión y estaba al tanto del caso. En su primera sesión el psiquiatra le comentó que su diagnóstico correcto era un trastorno bipolar. El usuario reaccionó negativamente ante esto y desapareció de la Institución, abandonando a su psiquiatra, con quien había establecido una excelente relación terapéutica. Esto me hizo pensar que lo que lo afectó de tal manera fue el modo en se lo comunicó el profesional, la rapidez con la que lo diagnosticó o quizá pudo ser que no tuviera los recursos suficientes para afrontar este tipo de diagnóstico (al menos en ese momento). Quizá se podría haber abordado de otra manera, pero comprendí que la profesión está repleta de baches e incertidumbre de cómo puede llegar a reaccionar un usuario por más cuidados que se tomen.

“El paciente tenía otra psiquiatra, pero Silvia le insistió que lo vea al Dr. C. El Dr. en pocos minutos definió que claramente se trataba de un trastorno bipolar, al comunicárselo al paciente, éste fue muy reticente. Se enojó y no volvió más ni con el Dr. C ni con Silvia que tenía un muy buen vínculo terapéutico.” (Registro 06/09/18)

Por último, se considera valioso destacar la reflexión sobre la temática que expresó la terapeuta sistémica de la Institución.

“...creo que es una cuestión ética incluso, el paciente puede venir con un diagnóstico, pero tiene lados sanos y lados enfermos entonces este paciente puede tener potenciales. En la facultad recuerdo que en entrevista nos enseñaban a hacer devoluciones en espiral, que significaba que empiezo de notar las cosas buenas, las conjeturas buenas positivas que se saca en el trabajo, para terminar con aquellas más negativas, y a partir de ahí incluso ya armabas la intervención. Con este espiral se potencian las cosas positivas y se lo invita al paciente activamente a elaborar una nueva forma conductual de resolver estos aspectos negativos.” (E3 Paula)

El destacar los aspectos positivos de un sujeto, puede llegar a potenciarlos y así contribuir a la modificación de los negativos. Los autores Andrade Palos y Rivera

Heredia (2007) son quienes destacan que el énfasis en los recursos personales está estrechamente ligado con la promoción del desarrollo humano y con la promoción de la salud. Diversos investigadores han descubierto que hay algunas fortalezas humanas que actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental. Partiendo de la psicología positiva como preventiva, plantea conocer los mecanismos por medio de los cuales se fortalecen las habilidades interpersonales, la valentía y la esperanza en el futuro como amortiguadores contra diversas enfermedades mentales.

A partir de lo descripto, se considera a este criterio como uno de los más complejos de delimitar, pero también uno de los más importantes. Se requieren habilidades para detectar los recursos, un buen ojo clínico y experiencia en cierto sentido. Pero tal y como confirmaron los terapeutas, a pesar de darle importancia a los otros criterios, este debe ser uno de los principales al momento de informar el diagnóstico.

7.2.4. Influencia del ciclo vital del usuario en la comunicación del diagnóstico.

El ciclo vital es considerado como un criterio multidimensional, multidireccional, plástico y discontinuo. Todas estas características llevan a que se tenga muy en cuenta la individualidad y subjetividad de la persona en el momento cultural y contextual en que se encuentra. Existen diversas teorías que lo estudian, en este trabajo se retoma la conceptualización planteada por Rice (1997), quien lo divide en tres etapas: infancia, adolescencia y adultez, (éstas, a su vez, se dividen en sub-etapas). Estas fueron las categorías que fueron utilizadas en el trabajo y a partir de ellas se generó la pregunta correspondiente a la categoría en discusión: ¿Crees que es diferente la comunicación si se trata de niños/adolescentes/adultos/gerontes?

Los profesionales contestaron que efectivamente es diferente la postura que toman ante la comunicación cuando se trata con personas de diferentes rangos etarios. Cabe destacar que la edad cronológica en muchos casos es muy relativa y hasta en algunos casos irrelevante, tal y como expresan las autoras Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) la edad por sí misma no es un factor casual, explicativo o descriptivo. Gran parte de los profesionales trabajaron con todos los rangos etarios en algún momento de su carrera, y algunos optaron por descartar alguno de estos, como por ejemplo niños:

“...Igual mi experiencia en niños es bastante pobre así que tampoco tengo muchos recursos yo para darte mucha información, por eso también decidí dejar porque uno mientras más abarca menos aprieta” (E5 Lucía)

“Por ahí en mi experiencia yo no elijo trabajar con niños porque me generan otras cosas que la verdad no siento que yo sea tan efectiva, entonces reconozco esa limitación”. (E3 Paula)

A partir de las entrevistas, no solo se pudieron encontrar las respuestas a las preguntas, sino que también se pudo dar cuenta que los psicólogos muchas veces comienzan a trabajar con ciclos vitales específicos y a lo largo de la carrera profesional

éstos van mutando, se comienzan a abarcar nuevos y muchas veces a dejar por algún motivo alguno de los rangos etarios con los que se pudieron haber especializado en un pasado.

Retomando el punto a analizar, se estima que es necesario tener en cuenta las dimensiones del desarrollo humano que menciona Rice (1997) en sus escritos, quien las divide en cuatro: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. El terapeuta debe tener la capacidad de identificarlas para determinar si el diagnóstico se debe comunicar y de qué manera hacerlo. En muchas de las respuestas encontré dicho criterio, como por ejemplo:

“Me parece que con los adultos uno tiene un modo de diálogo y de instrumentar las herramientas mucho más lingüísticas por así decirlo, es mucho más desde la conversación, desde la palabra. En cambio, a veces con los niños no media la palabra en lo que uno intenta transmitir, entonces es diferente el modo en el que uno se lo tiene que transmitir, o por lo menos acercarlo a de que se trata lo que está sintiendo.” (E2 Ana)

“Una mamá que está gestando puede estar mucho más receptiva posiblemente que un adolescente. Un señor o una señora mayor ya aparece con más rigidez, entonces en la forma de diseñar esta comunicación se tiene en cuenta con quién estás trabajando. Me parece que eso tiene que ver con la plasticidad del terapeuta.” (E3 Paula)

“Todo tiene que ver con la preparación que tenemos, el nivel de desarrollo, entonces más vale que un niño no le vas a explicar lo mismo que a un adulto ni como un adolescente porque primero ya desde terminologías son diferentes, el nivel conceptual que tiene un niño un adolescente o un adulto es diferente.” (E5 Lucía)

“A los niños no se lo podés decir en términos técnicos, se las podés decir, pero no tiene en el niño el impacto que puede tener en el adulto. Con el niño cualquier cosa que comuniqués tiene que ser bajado a un lenguaje que pueda entender y que le resulte familiar. En cambio, con el adulto sí, a las familias

es más probable que puedas comunicar o devolverle el diagnóstico.” (E6 Flavia)

“Creo que uno tiene que tratar de transmitirle al paciente lo que uno puede escuchar lo que uno puede ver adecuado a la capacidad de comprensión de ese paciente” (E8 Carolina)

“Cuando se trata de niños, en mi trabajo siempre las devoluciones se las hacía a los padres, si el nene es un poquito más adolescente a veces está presente la devolución y puede recibir la información capaz un poquito más sencilla en palabras no tan teóricas, pero recibe la misma información que los papás. Y el adulto, en general si el adulto viene en primera persona y se hizo la evaluación y me dice "Licenciada explíqueme que es lo que tengo" yo puedo explicarle el perfil sin ningún problema.” (E9 Julieta)

Rice (1997) describe brevemente los factores más importantes en cada etapa y sub-etapa de los ciclos vitales. Se tomarán algunos de estos conceptos para reflexionar lo expresado por los terapeutas en sus respuestas anteriormente expuestas.

Los terapeutas hacen referencia en las entrevistas, a niños que trataron entre la edad de 3 a 12 años aproximadamente. Se retomarán los aportes de Rice (1997) con respecto a las etapas de la niñez que coinciden con el rango etario de niños en Almenara. El autor manifiesta que durante la niñez temprana (de los 3 a los 5 años aproximadamente) los niños cuentan con un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico, comienzan a desarrollar un auto concepto y adquieren roles de género. Se le da una gran importancia a la calidad de la relación padre (o tutor)-hijo y al proceso de socialización que tiene lugar en este período. Por otro lado, durante la niñez intermedia (de los 6 a los 11 años aproximadamente) los niños hacen grandes avances en relación a lo cognoscitivo, a la habilidad para comprender al mundo. Proceden a tener mayor importancia el desarrollo psicosocial como el moral y la calidad de las relaciones familiares sigue ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

En lo que sigue, se presenta el hincapié que hicieron los profesionales en las habilidades cognitivas que tienen los niños para comprender y sobre su pensamiento concreto principalmente. Manifiestan que para poder realizar una comunicación el lenguaje que se utiliza es más bien coloquial y adaptado para que el niño según su edad y sus capacidades logre comprenderlo y tomar conciencia del diagnóstico o de la situación.

“A veces con los niños no media la palabra en lo que uno intenta transmitir, entonces es diferente el modo en el que uno se lo tiene que transmitir, o por lo menos acercarlo a de qué se trata lo que está sintiendo. Hay muchas veces que los niños se preguntan “por qué tengo que venir todas las semanas” y bueno es necesario trabajar mucho el diagnóstico.” (E2 Ana)

“Cuando trabajo con niños y le tengo que decir “bueno cuando vas al colegio y la pancita te duele y te sentís mareado y tenés ganas de salir corriendo, eso se llama pánico, o miedo”. Y desde ahí también empiezo con la explicación de cómo eso sucede, cómo se activan en los diferentes centros nerviosos, los cuales van provocando determinadas sintomatologías y demás. Más que nada cuando son síntomas del área ansiosa-depresiva. Difícilmente yo le digo al niño “estás deprimido, tu diagnóstico es depresión” No, pero vamos a llegar al punto en que le voy a mostrar cuán triste está, cuáles son las cosas que está sintiendo, qué es lo que está necesitando y de más. Entonces si uno va amoldando esto según la edad del paciente.” (E4 Silvia)

“Más vale que un niño no le vas a explicar lo mismo que a un adulto ni como un adolescente porque primero ya desde terminologías son diferentes, el nivel conceptual que tiene un niño un adolescente o un adulto es diferente...Y con niños iba viendo a la hora de rehabilitar le podía decir "bueno ves que te está pasando esto y puede ser por esto, entonces tenés que hacer esto, y así poder ayudarte para que te sea un poco más fácil y no te esfuerces tanto y no te dé tanta bronca, y no te largues a llorar después o no le quieres ir a pegar a alguien.” (E5 Lucía)

“A los niños no se lo podés decir en términos técnicos, se las podés decir, pero no tiene en el niño el impacto que puede tener en el adulto. Con el niño cualquier cosa que comuniqués tiene que ser bajado a un lenguaje que pueda entender y que le resulte familiar.” (E6 Flavia)

“Creo que uno tiene que tratar de transmitirle al paciente lo que puede escuchar, lo que uno puede ver adecuado a la capacidad de comprensión de ese paciente. A un niño yo no le voy a decir que tiene un trastorno de ansiedad, pero voy a tratar de devolverle a partir de lo que el chico trae, los síntomas que los papás refieren o lo que presenta la escuela, y tratar de demostrarle que es lo que le pasa y que hay un problema con eso, que hay que trabajarlo, que yo estoy para trabajar con él. Pero siempre adecuando el lenguaje, yo me apoyo mucho en la sintomatología, me apoyo mucho en eso para poder describirles la situación.” (E8 Carolina)

También se hizo mucho hincapié en la participación del entorno del niño, ya sea la familia, escuela, etc. Muchas veces el diagnóstico es requerido por los padres, o por alguna institución y con ellos se trabaja de una forma diferente o hasta se los “psicoeduca” para que sepan cómo actuar en pos del diagnóstico que pueda estar transitando el niño en determinado momento.

*“¿Y lo trabajabas más bien con la familia al diagnóstico en esos casos?”
(Entrevistadora)*

“Sí, sí. Si atiendo a un niño, al diagnóstico lo trabajo con la familia, la familia funciona sí o sí como los co-terapeutas míos, porque deben saber cómo atender al niño, se les enseñan determinadas técnicas, determinados recursos que deben tener como en su “valijita de herramientas” para cuando el niño presenta determinadas cosas. Sí o sí cuando trabajaba con un niño, trabajaba con los papas cada 15 días. Pero una psicoterapia muy dinámica es necesaria en ese sentido.” (E4 Silvia)

“A veces con los niños el diagnóstico es más necesario para los padres que para los niños, son algunos niños específicos con los que se trabaja mucho el diagnóstico.” (E2 Ana)

“En cambio, con el adulto sí, a las familias es más probable que puedas comunicar o devolverle el diagnóstico.” (E6 Flavia)

“Generalmente en el trabajo con niños los padres son quienes demandan un diagnóstico desde un primer momento, sobre todo cuando llegan por derivación del colegio o por un neurólogo, quienes se suman fervientemente a este pedido. A veces da mucha tranquilidad a los padres poder ponerle un nombre a lo que está pasando, en estos casos intento no “subirme al tren” de las demandas de instituciones y pensar si eso que voy a decir va a perjudicar al niño en la escuela, en su familia o con sus pares.” (E7 Ema)

“Sí cuando se trata de niños, en mi trabajo siempre las devoluciones se las hacía a los padres.” (E9 Julieta)

Para concluir con esta etapa, cabe destacar dos entrevistas en las que surgió un tema muy interesante en relación al diagnóstico en la niñez. Al encontrarse el psiquismo en pleno desarrollo, al estar transitando una etapa en donde la dependencia familiar aún es muy importante y no se ha formado completamente una identidad propia, las terapeutas manifestaron que los diagnósticos deben tener un significado parcial y jamás absoluto. Tal y como menciona Untoiglich, Gisela, et al. (2013) “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz”, se considera este aporte como significativo a la hora de buscar e informar un diagnóstico en esta etapa tan oscilante del ser humano.

“En el caso de los niños pequeños que se encuentran en pleno desarrollo de su psiquismo es fundamental tener en cuenta que podemos dar un diagnóstico situacional, dinámico, con posibilidades de desarrollo y en construcción. A veces da mucha tranquilidad a los padres poder ponerle un nombre a lo que está pasando, y es necesario hacerlo, pero siempre comunicando y dejando en claro que es algo que “está atravesando” el niño, mirando el desarrollo

como un proceso, hablando sobre “maneras de funcionar” de ese niño y apostando también al crecimiento de la parte más saludable del mismo.” (E7 Ema)

“En Conci todos los tratamientos que me han derivado de niños, la modalidad que tiene es empezar con un psicodiagnóstico y cada vez que hago un informe psicodiagnóstico no hago un diagnóstico determinado, pongo la sintomatología que presenta, pero nunca pongo un diagnóstico determinado. Además, no considero que yo tenga la verdad absoluta ni que los diagnósticos abarquen la subjetividad de las personas, es un tema muy delicado. El diagnóstico es muy reduccionista y mal usado causa etiquetamiento que muchas veces dificulta la posibilidad de evolución, lo más importante del tratamiento.” (E6 Flavia)

Pasando a la siguiente etapa, en la Institución se trabajaba con muchos adolescentes, con distintos diagnósticos, distintos contextos y por ende subjetividades de todo tipo. En las entrevistas no muchos profesionales detallaron sobre ellos, pero algunos comentarios pueden relacionarse con la teoría utilizada.

Retomando los aportes de Rice (1997), se destacó que durante la adolescencia (de los 12 a los 19 años aproximadamente) acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Se considera como algo crucial en esta etapa la formación de la identidad, y es importante tener en cuenta que el adolescente busca la independencia de los padres como así también desean un mayor contacto con sus pares.

Se estima que es relevante tener en cuenta estos aspectos a la hora de comunicar un diagnóstico, es una etapa en donde el psiquismo se encuentra en constante cambio. Y se considera que la búsqueda de identidad es lo primero a tener en cuenta cuando uno desea comunicar un diagnóstico a un adolescente, ya que éste puede llegar a tomarlo, adecuarse y actuar en pos de este diagnóstico, generando una estigmatización.

“Y con el adolescente es complejo también porque están en una etapa en la que realmente los diagnósticos son... si en cualquier etapa los diagnósticos hay que tomarlas con pinzas en la adolescencia mucho más, porque es una etapa de realmente muchos cambios, hay que ser cuidadosos de que no se cristalicen algunas cuestiones que podrían desarrollarse de otro modo.” (E8 Carolina)

Por otra parte, se tiene en cuenta que ya hay una maduración en cuanto a los pensamientos y las funciones cognitivas en esta etapa, por lo que si se busca comunicar un diagnóstico ya puede hacerse con otras palabras (no como se lo informaría a un niño, pero tampoco a un adulto aún). Va a haber otro tipo de asimilación hacia éste, pudiendo ser esto positivo o negativo, ya que podría tomar el diagnóstico y darle usos incorrectos, como se mencionó previamente, o bien tomarlo como un aspecto a trabajar con el terapeuta de manera positiva. Es por esto que es muy importante trabajar el diagnóstico tal y como fue aclarado con los niños, y dejar en claro que éste no será un diagnóstico inamovible en la mayoría de los casos.

“En los casos de adolescentes y adultos no he recibido muchas demandas de diagnóstico, y en caso de que exista esa demanda intento trabajar esa inquietud en las sesiones. Lo utilizo como material de trabajo con el paciente. No considero que sea fructífero lanzar al aire un diagnóstico aislado” (E7 Ema)

“Yo principalmente que trabajo con adolescentes se los explico con terminología mucho más concreta, más simple, gráfica.” (E5 Lucía)

Muchas veces, dependiendo la edad del adolescente o teniendo en cuenta otros factores, muchos profesionales eligen informar el diagnóstico al joven acompañado de un tutor. Es diferente a el caso de los niños, ya que en muchas ocasiones según lo analizado se transmitía solo a los padres. Se puede suponer al adolescente ya como un sujeto apto para recibir su diagnóstico tanto desde el punto de vista legal, como desde un punto madurativo. Es elemental tener en cuenta que esto lo evalúa el terapeuta y cada caso es distinto, se puede considerar que el adolescente está en condiciones de recibir su diagnóstico sin tutor, o hasta se puede optar por no comunicárselo.

“En relación al rango etario se informa con un tutor o no, en el caso de los adolescentes.” (El Fernando)

Se considera que los aspectos previamente mencionados se encuentran bastante ligados a los recursos personales que posee el adolescente y principalmente, a la red de apoyo que pudiera llegar a tener o no. Hay muchos factores a tener en cuenta cuando se trata a un adolescente. Se estima que es una de las etapas más inestables psíquicamente en los sujetos, por lo que la delicadeza es muy importante a la hora de evaluar los criterios para comunicar o no un diagnóstico.

La siguiente etapa del ciclo vital a revisar es la adultez, Rice (1997) la divide en dos sub-etapas: juventud o vida adulta temprana (los 20 y los 30 aproximadamente) y edad madura (los 40 y los 50 aproximadamente). Durante los primeros años se busca alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional. Se enfrentan decisiones como el matrimonio, la elección de pareja y la posibilidad de convertirse en padres, y muchas de las decisiones tomadas establecen el escenario para la vida posterior. Ya durante la edad madura, mucha gente comienza a sentir que el tiempo se le escapa a medida que su reloj social y biológico sigue su paso. Para los padres cuyos hijos han dejado el hogar, los años de la edad madura pueden ser un tiempo para atender sus propios intereses. Es un período en el que mucha gente alcanza una máxima responsabilidad personal y social, así como éxito profesional.

A partir de lo conversado con los profesionales se podría decir que durante la adultez, cambian mucho las tareas y preocupaciones de las personas, las experiencias se vivencian de otras maneras y se alcanza el mayor nivel de madurez a nivel cognitivo. La capacidad de comunicación, recepción y comprensión de información es distinto al de un adolescente. Es por esto que a la hora de informar un diagnóstico durante esta etapa, se considera que los profesionales se encuentran en ventaja. Los diálogos son más fluidos, se puede utilizar un lenguaje más técnico y el usuario puede expresar sus pensamientos en torno al diagnóstico como así también sus dudas. A pesar de esto, siempre se debe tener en cuenta la individualidad de cada caso como en cualquier etapa del ciclo vital.

“Con los adultos y los gerontes, según la estructura que van manifestando, yo por lo menos intento comunicárselo, pero teniendo en cuenta todo lo que acabamos de hablar. Los recursos, la labilidad, la apertura que tienen también para aceptar determinados diagnósticos y poder ir trabajándolos, la rigidez también es importante. Uno es más sutil ahí con lo que va diciendo, pero con las técnicas lo vas trabajando.” (E4 Silvia)

“El adulto tiene más recursos, puede comprender mejor y puede expresar más abiertamente lo que le pasa.” (E8 Carolina)

Durante esta etapa, el psiquismo es más estable y se pueden expresar con claridad las inquietudes. Según lo observado en las sesiones, muchas veces los adultos requerían al psicólogo su diagnóstico directamente, algo que no se advirtió en niños o adolescentes.

“...en general si el adulto viene en primera persona y se hizo la evaluación y me dice "Licenciada explíqueme qué es lo que tengo" yo puedo explicarle el perfil sin ningún problema.” (E9 Julieta)

Teniendo en cuenta lo analizado, se considera a la adultez como la etapa en la que la comunicación del diagnóstico es más sencilla.

La etapa final del ciclo es la vejez, según Rice (1997) desde los 60 en adelante, ésta es considerada como un momento de cambios. Estos se dan tanto en las capacidades físicas como en situaciones personales y sociales. Algunos individuos continúan desarrollando su conocimiento y habilidades cognoscitivas, pero a su vez deben tener un mayor cuidado con la salud. Las relaciones con los hijos adultos, los nietos y amistades adquieren un nuevo significado y mantenerla es fundamental para el bienestar.

En relación a la transmisión del diagnóstico, los profesionales hicieron mención principalmente sobre la rigidez que puede aparecer a nivel cognitivo en esta etapa, por lo que se debe abordar de una manera distinta que en la adultez. La manera de explicar el diagnóstico debe ser abordada con mayor delicadeza, sutileza y detallar lo más posible toda la información que el usuario requiera sobre esto.

“Un señor o una señora mayor ya aparece con más rigidez, entonces en la forma de diseñar esta comunicación se tiene en cuenta con quién estás trabajando.” (E3 Paula)

“Con los adultos y los gerontes, según la estructura que van manifestando, yo por lo menos intento comunicárselo, pero teniendo en cuenta todo lo que acabamos de hablar. Los recursos, la labilidad, la apertura que tienen también para aceptar determinados diagnósticos y poder ir trabajándolos, la rigidez también es importante. Uno es más sutil ahí con lo que va diciendo, pero con las técnicas lo vas trabajando.” (E4 Silvia)

Otro aspecto a tener en cuenta es que en la vejez, según lo conversado con una de las profesionales que se dedica principalmente a atender gerontes, es que los sujetos están más acostumbrados a acudir a médicos y a enfrentarse a nuevos diagnósticos día a día. Puede darse que se tome con mayor naturalidad un diagnóstico psicológico por estas condiciones. Por otro lado, uno de los profesionales mencionó que en muy pocas ocasiones los mayores acuden al psicólogo. Esto podría llegar a pensarse por la determinación social que se tenía de los psicólogos, ya que hace unos años existían muchos prejuicios y se relacionaba la psicología o psiquiatría con “la locura”. Esto se podría relacionar con la rigidez de pensamiento como fue mencionado previamente, puede llegar a ser difícil cambiar esos tipos de pensamientos.

“...en el caso de los adultos mayores en general se informa el diagnóstico, pero cuando éste va en relación al diagnóstico médico. En general la gente mayor en Argentina no acude al psicólogo, salvo en contadas situaciones.” (E1 Fernando)

Se debe tener en cuenta la sensibilidad de los gerontes hacia las noticias impactantes: éstas pueden llegar a ejercer un efecto negativo. Es por esto que en muchos casos se trabaja principalmente con las familias, pudiendo contenerlos como también brindándoles herramientas para poder ayudar al sujeto en cuestión.

“...en gerontes más bien grandes, si ya hay un proceso de demencia se trabaja directamente con la familia, no se le explica al paciente porque puede generar algún tipo de reacción y no está bien.” (E9 Julieta)

Por lo que se observó en las prácticas, el trato hacia los gerontes es más delicado, se busca generar una buena relación terapéutica y que se utilicen las sesiones como un tiempo para el bienestar de ellos mismos. Quizá no se buscaban objetivos concretos como con sujetos de otras etapas, sino más bien el lograr que se sientan cómodos y generar el mayor bienestar que se pueda teniendo en cuenta sus limitaciones. Es por esto que se piensa que la comunicación del diagnóstico en muchos de estos casos puede llegar a ser irrelevante para las sesiones terapéuticas, y se debe enfocar en otros aspectos.

Para cerrar el criterio de los ciclos vitales en la comunicación del diagnóstico, se encontró pertinente citar una frase esbozada por una de las profesionales en la entrevista:

“Lo que encuentro similar a la hora de pensar los diagnósticos en las distintas edades es en no pensar al psiquismo de manera rígida. Sí varía la plasticidad en las distintas edades, pero siempre creo que debemos tener en cuenta la posibilidad de cambio dentro de las posibilidades de cada paciente.” (E7 Ema)

A partir de esto se piensa que es de suma importancia tener en cuenta la fase del ciclo vital que está transitando el usuario, ya que muchos factores van cambiando a lo largo de la vida. Pero la posibilidad de ser plástico se encuentra en todos los usuarios de todas las edades, es por esto que el cambio está en uno. Se considera que un buen terapeuta es capaz de reparar más allá de la edad, debería buscar liberarse de prejuicios y rigidez de pensamiento y comprometerse a encontrar esa individualidad que hace a cada sujeto y hace única nuestra profesión.

7.2.5. Normativas de diagnóstico y tratamiento.

Las normativas del ejercicio profesional del psicólogo son guía y marcan pautas de la profesión. Se considera importante que éstas se profundicen desde un inicio de la formación de todo profesional, y se sigan reactualizando a medida que pasa el tiempo y éstas cambian. Se pensó a éste como un eje fundamental a abordar en función a la temática elegida para el trabajo final integrador: la comunicación del diagnóstico. Al investigar sobre la temática, se encontró que dentro de las distintas reglamentaciones, en lo inherente al estado de salud se incluye la información correspondiente el diagnóstico y su fundamentación. En algunos de los principios de la Ley 9848, como en el Principio 11: Consentimiento para el tratamiento, se menciona el proporcionar al usuario información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda acerca de diagnóstico y tratamiento, entre otros factores. Por otro lado, en el Principio 19: Acceso a la información, se explicita el derecho de acceso a la información relativa al usuario en el historial médico y expediente personal, a pesar de que existen restricciones en ciertos casos.

Se considera que, a partir de estos principios, el derecho del usuario a la información está suficientemente establecida por la ley. Pero luego de haber ahondado en la temática, a partir de la experiencia en la práctica y las entrevistas realizadas, se pudo dilucidar que existe un componente muy importante que se debe tener en cuenta: la bioética. En la psicología, y en otras disciplinas de la salud, en donde se trabaja con individuos, cada uno con sus realidades y subjetividades, es importante pensar que no se puede ser tajante en ciertos criterios. Tal y como plantea Barbero (2006), la verdad tiene matices estrictamente morales, existe un deslizamiento conceptual de los valores lógicos en cuanto a lo correcto o incorrecto. Esto llevó a plantear si el marco legal de psicología es un criterio absoluto.

Baro (2015), explicita que la dimensión ética es intrínseca y esencial a la psicología. Plantea que, en la praxis, el psicólogo hace lo que puede, y debe ser

juzgado por criterios de bien y mal. Se debe considerar que su labor constituye un tratamiento técnico de lo humano.

Se estima que los principios de la bioética, deben ser tomados con igual importancia que los principios de las leyes o normativas del ejercicio profesional. En este caso, se genera un contraste, ya que la ley explicita que el usuario tiene derecho a conocer su diagnóstico, pero por otro lado, unos de los principios fundamentales de la bioética en el ámbito de la psicología clínica son: el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia. Ocampo Martínez (2013) plantea que, a partir de estos principios, los psicólogos se deben esforzar por hacer el bien a aquéllos con quienes interactúan profesionalmente y deben asumir la responsabilidad de no hacer daño. El autor aporta, que cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, se debe intentar resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño, ya que los juicios y acciones científicas y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros.

A partir de los diversos criterios que fueron analizados en el trabajo: orientación teórica, tipo de diagnóstico, recursos personales y ciclo vital del usuario, se advierte que se justifica en muchos casos la no comunicación de los diagnósticos, aunque en otros casos sea importante para los usuarios y el tratamiento.

Un aspecto indagado a los profesionales es el que respecta al conocimiento sobre las normativas que envuelven al diagnóstico y tratamiento, y la mayoría respondió negativamente.

“No, de normativa no puedo la verdad decirte ahora mismo cual es la normativa. Lo que sí conozco es que muchas veces como psicólogos solo podemos sacar los diagnósticos que hacen referencia a salud mental pero no podemos dar otros diagnósticos fuera de nuestro campo.” (E2 Ana)

“No tengo tanto conocimiento sobre las normativas, yo siempre me basé mucho más en los lineamientos de la línea teórica que tengo más que en las normativas. Quizás estoy como desactualizada, o a esto no lo supe tener en cuenta, pero como que me respaldo más en mi línea teórica.” (E4 Silvia)

“No la verdad que con respecto a eso específicamente no, sé del secreto profesional o ese tipo de normativas.” (E5 Lucía)

“No tengo específicamente y no me baso en ninguna normativa.” (E6 Flavia)

“La verdad que no lo tengo presente, las he leído pero la verdad que en este momento no tengo presente qué dice con respecto al diagnóstico. Creo que es parte del rol profesional emitir un diagnóstico, eso sí lo sé, pero no sé mucho más.” (E8 Carolina)

“Normativas así como reglas explícitas nada. Me rijo más que nada por la experiencia.” (E9 Julieta)

Y el resto manifestaron que conocían sobre la temática, pero no con mucha especificidad:

“Por supuesto, no sé las cuestiones finitas pero sí sé que el paciente tiene derecho desde lo legal a saber su diagnóstico, tiene derecho a tener un tratamiento, a saber el procedimiento del tratamiento, hay un consentimiento que muchos terapeutas utilizamos a la hora de comenzar el proceso terapéutico y ese documento está elaborado según las normas y leyes en donde hablan de los derechos del paciente y los derechos nuestros.” (E3 Paula)

“El código de ética de la Fepra y el del Colegio de Psicólogos de Córdoba no mencionan qué y cómo informar al paciente, esto es un criterio profesional, asumo que por la historia de psicoanálisis en Argentina y al ser la mayoría de profesionales adeptos a esta línea de tratamiento es que el código no menciona una forma específica. Desconozco si existe una legislación sobre eso.” (E1 Fernando)

“Conozco en profundidad la nueva ley de salud mental y en caso de realizar informes o de ser necesario utilizo manuales diagnósticos: DSM V, CIE 10.” (E7 Ema)

A partir de sus respuestas, podría inferir que los profesionales del Centro Integral de Neurociencias Almenara, les dan prioridad a otros de los criterios mencionados previamente antes que en las normativas del ejercicio profesional.

Una de las terapeutas clarificó en pocas palabras el resumen de este apartado:

“...hay un consentimiento que muchos terapeutas utilizamos a la hora de comenzar el proceso terapéutico y ese documento está elaborado según las normas y leyes en donde hablan de los derechos del paciente y los derechos nuestros. Y se empiezan a mezclar también con el estilo profesional, esto que me preguntabas al principio ¿El paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico? Sí, la ley dice que sí. Ahora desde lo ético, incluso desde lo legal ¿Yo tengo derecho a hacer uso de ese diagnóstico y rigidizarme en ese diagnóstico? Y ahí me pregunto ¿No estaría condenado a este paciente con estas características? (hay pacientes que no) insisto, desde mi humilde opinión.” (E3 Paula)

En cuanto a esto, se podrían retomar los antiguos aportes de Aristóteles (citado en Ocampo Martínez, 2013) quien opinaba que ocultar la verdad no es malo si el fin que se persigue con ello es bueno, tal y como se planteó anteriormente según los principios de beneficencia y no maleficencia. Aunque esa convicción en la actualidad puede resultar polémica en el contexto del acceso a la información como un derecho inalienable de todos los seres humanos. Debemos tener en cuenta que una moralidad basada en normas, corre el riesgo de que su contenido no contemple situaciones particulares muy frecuentes en el terreno de la práctica profesional psicológica.

En un primer momento, previo a la toma de las entrevistas y conociendo las posturas que algunos profesionales tienen en cuanto al diagnóstico, la autora pensaba que era una falta de ética el no ajustarse a la normativa en cuanto a la comunicación de los diagnósticos. Este punto de vista se fue modificando a partir del análisis conjunto de todos los factores que se tienen en cuenta a la hora de tomar esta decisión que puede ser muy importante en la vida de las personas. Y aquí es donde el planteo dio un giro: Se considera importante seguir con las normativas, lo interesante es

buscar la forma de adaptarse a estas y cumplirlas mientras no se generen daños. Como se menciona al comienzo del apartado, las normas y reglamentaciones son guías, deben tomarse como tales y priorizar el bienestar de los usuarios siempre.

8. CONCLUSIONES

En el presente trabajo, se ha sistematizado la experiencia realizada durante el año 2018 en el Instituto Interdisciplinario de Neurociencias Almenara. La temática abordada refirió a los criterios utilizados por los profesionales del instituto para la comunicación del diagnóstico a los usuarios. Desde la psicología existen diversos enfoques teóricos, y a su vez cada profesional adopta un estilo propio a la hora de enfrentarse con el trabajo clínico. Se comenzó a prestar una mayor atención a la temática durante las prácticas a partir de la elección del eje de sistematización, y en base a la observación participante, no participante, conversaciones con respecto al tema con algunos de los profesionales y lectura de un extenso material bibliográfico, se fueron trazando los objetivos.

A partir de la lectura de registros de prácticas y del material aportado por las entrevistas, se delimitaron categorías analíticas. La entrevista fue semidirigida, se indagó en la incidencia de cada criterio y se compararon resultados, algunos de éstos eran esperables y otros fueron imprevistos, lo que hizo a la sistematización más interesante.

A partir del análisis se llegó a distintas conclusiones con respecto a cada categoría. Para la primera: **Criterios para la comunicación del diagnóstico según la orientación teórica de los profesionales.** Por concepciones previas, la autora tenía la idea de que dependía mucho la comunicación del diagnóstico de la línea teórica, y creía que los profesionales que ejercían cognitiva conductual decían siempre el diagnóstico, los psicoanalistas nunca, los sistémicos en algunas ocasiones y los de neuropsicología a veces. Luego de profundizar en la teoría y de atravesar la práctica participando de diversas intervenciones se encontró un panorama distinto en cierta manera. Se podría pensar, que no existe una determinación absolutista en ninguna de las teorías; es decir, no hay alguna en la que se comunique siempre, ni otra en la que no se comunique nunca. Se tienen en cuenta muchos criterios para considerar el informe del diagnóstico, pero sí se considera que la línea teórica bajo la que se forma cada profesional es un factor importante en la determinación de esta decisión.

A continuación se profundizará en las conclusiones obtenidas en cada enfoque teórico (cabe aclarar que se basa en las entrevistas de los profesionales únicamente de

la institución): en el enfoque sistémico se concluye que el diagnóstico se informa según el caso, la demanda del usuario, y su posible funcionalidad para el proceso terapéutico. La profesional que se auto adscribía a la corriente sistémica e la institución menciona que principalmente se tienen en cuenta los factores contextuales y situacionales del usuario a la hora de optar por la comunicación en dicha línea teórica. Se pudo esclarecer así lo esbozado por De la Cruz (2000) quien destaca la existencia de usos correctos e incorrectos del diagnóstico: Por un lado, hizo hincapié en que el diagnóstico podría llegar a ser estigmatizante y dormitivo, y cómo el contexto podría llegar a modificarse de tal manera hasta potenciar la enfermedad; y, por el otro lado, entre los usos correctos del diagnóstico señala su identificación para darle un sentido desde la formación teórica del profesional, o su utilización en conversaciones privadas en el ámbito clínico y poder diseñar un tratamiento adecuado. Aunque con respecto a esto se hizo mención a que no es necesario comunicarlo al usuario para poder darle un uso correcto.

Y también se considera importante mencionar, que dentro de dicho enfoque se piensa que el diagnóstico individual es insuficiente, es decir se realiza uno multidimensional y dinámico. Esto pudo verse tanto en las sesiones como en la entrevista, confirmando lo expresado por Cerverio (2013), quien plantea que el diagnóstico individual desde una perspectiva contextual sistémica, resulta simplemente la punta del iceberg. Debido a lo mencionado, se podría deducir que el diagnóstico en el enfoque sistémico se comunica solo en una reducida cantidad de casos. Se considera que identificar el diagnóstico es importante y muy positivo para el tratamiento, pero no necesariamente se informa al usuario o a la familia su nomenclatura exacta, posiblemente por el temor a que se hagan usos incorrectos a partir de este.

En segundo lugar, se piensa que en el enfoque cognitivo-conductual la comunicación del diagnóstico se manifiesta en gran parte de los casos. Se confirma lo mencionado por Corey, Schneider Corey y Callanan (2007), quienes plantean que el diagnóstico posee un papel significativo ya que se toma como guía para el proceso de tratamiento y para la evaluación de los resultados. Como se mencionó previamente,

con los profesionales cognitivos-conductuales de la institución fue con quienes se observó que se utilizaba en mayor medida la comunicación del diagnóstico al comienzo de la terapia, y hasta a veces se informaba un diagnóstico presuntivo en la entrevista de admisión.

Al profundizar en la teoría y luego de haber entrevistado a algunos de los profesionales se pudo dar cuenta de que esto no se daba en todos los casos. Según lo analizado, se tiene en cuenta el tipo de diagnóstico y los recursos personales de los usuarios antes de efectuar la comunicación. Se considera fundamental destacar que dentro de dicho enfoque se utiliza como un eje principal en los procesos terapéuticos la psicoeducación: esto influye significativamente en la decisión de informar el diagnóstico. Gómez (2010) es quien destaca a la psicoeducación como fundamental, ya que se plantea que el usuario, al saber lo que está sucediendo, se suma activamente a la tarea y esto pudo verse reflejado en extractos de las entrevistas. Se refuerza la determinación para comunicar el diagnóstico, afirmando lo planteado tanto por Fernandez Alvarez (2015) como por Mussi (2005) quienes proponen que el proporcionar información sobre su situación al usuario es fundamental para que éste pueda actuar en pos de la problemática que está transitando.

Del enfoque psicoanalítico se obtuvieron conclusiones similares a las del enfoque sistémico, ya que se delimitó a partir de la teoría psicoanalítica que se le da un papel importante al diagnóstico por motivos parecidos al enfoque sistémico, es decir, orienta el tratamiento y las intervenciones (Koplevich, 2001; Mordo et al. 2007). Esto se afirmó en las entrevistas y en los registros, ya que las profesionales poseen conocimiento en categorías diagnósticas y una vez que logran identificarlas en cada caso las utilizan en el sentido aportado por los autores.

Lo que se pudo determinar, es que la comunicación del diagnóstico desde el enfoque psicoanalítico no se usa en gran medida, debido a que se teme que el usuario haga un mal uso del mismo, como lo afirma Bueno Belloch (2010) el modelo diagnóstico sintomatológico de manuales iguala a todos los usuarios y los estigmatiza. Dentro de este enfoque analítico se le da otro tipo de uso al diagnóstico, se toma cómo

hipótesis y guía y, por otro lado, para sostener la inquietud que despierta en el analista. (Lerner & Strembach, 2007)

Por último, dentro del enfoque neuropsicológico, las conclusiones obtenidas poseen una connotación sustancialmente diferente a los otros enfoques. Se delimitó que la comunicación del diagnóstico no se lleva a cabo por los terapeutas que ejercen bajo este enfoque. Las entrevistadas fueron muy claras a la hora de definir su rol: planteaban que el papel del neuropsicólogo es realizar evaluaciones neurocognitivas y/o efectuar rehabilitaciones en usuarios con déficits. Las evaluaciones que se llevan a cabo, son tan sólo un eslabón de la cadena; para poder delimitar correctamente un diagnóstico neuropsicológico es necesario realizar otros estudios, como entrevistas, resonancias, etc. Comunicar un diagnóstico habiendo tomado simplemente la evaluación neurocognitiva sería imprudente, ya que existen muchos otros criterios que probablemente el neuropsicólogo no conoce o no tiene en cuenta.

Se afirma lo explicado por Álvarez (2015), quien determina que la evaluación neurocognitiva no es suficiente para realizar un diagnóstico por sí sola, pero permite detectar señales que alertan sobre la presencia de alguna patología, impulsando así la realización de estudios complementarios que permitan identificar el diagnóstico definitivo. Al diagnóstico definitivo regularmente lo comunican los neurólogos o médicos psiquiatras luego de realizar una recopilación y análisis de todos los estudios. Las terapeutas manifestaron que se hace hincapié hacia esto en las maestrías, pero no hay regulaciones escritas que lo determinen. Lo que sí comunican muchas veces son los perfiles o indicadores de los déficits si los usuarios o los familiares lo solicitan.

Debido a estos resultados, se vislumbró que la orientación teórica del profesional es un criterio que influye en su decisión de comunicar o no un diagnóstico. Pero cabe aclarar que no es determinante, ya que existen otros factores que cada profesional tiene en cuenta para esto. No se debe dejar de tener en cuenta la subjetividad de los usuarios, como tampoco la de cada profesional. No es tajante ningún enfoque teórico en cuanto a su postura con respecto a la comunicación del diagnóstico, aunque las perspectivas teóricas influyen según la formación del profesional; la flexibilidad de éste es fundamental para la beneficencia del usuario.

La segunda categoría analizada fue: **la influencia del tipo de diagnóstico en la comunicación del mismo**. Se determinó que existen algunos diagnósticos que se comunican más que otros, como los trastornos del tipo ansioso. Y otros que son tomados por los terapeutas como difíciles de comunicar, o que preferentemente no se mencionan, como por ejemplo: psicosis, trastorno límite de la personalidad, asperger y depresiones severas. Dicho criterio se encuentra muy ligado con los recursos personales que tiene el usuario, ya que se discutió sobre las estructuras que tienen los mismos (ya sean frágiles o rígidas en algunos casos) o el nivel de contención contextual que influye en la incidencia que puede llegar a tener este diagnóstico en la vida del sujeto.

Casi todos los terapeutas consideran que es un factor determinante el tipo de diagnóstico a la hora de buscar informarlo, pero que se encuentra ligado con la subjetividad de cada usuario y también de cada diagnóstico. Aquí se retoma lo expresado por Camacho (2006), quien plantea que se debe poder pensar a los diagnósticos como aproximaciones, siempre como construcciones que deben ser revisadas. Estas cambian no sólo en cada usuario a nivel individual, sino que la comunidad científica misma modifica los sistemas clasificatorios y por ende los diagnósticos o los criterios que utiliza para delimitar las diferentes entidades clínicas.

El siguiente criterio se basa en **la importancia de los recursos personales del usuario para la comunicación del diagnóstico**. Se advierte que los recursos personales son complejos a la hora de buscar delimitarlos, pero a su vez se podría considerar como el criterio más importante a tener en cuenta por los profesionales. Cuando se realizaron las entrevistas, casi siempre en otras preguntas relacionadas a otros criterios surgía la temática de los recursos personales, y al momento de preguntar si éstos eran importantes para determinar si se comunicaba o no el diagnóstico, todos contestaron que sí.

Fue el único criterio en donde la respuesta fue unánime, y algunos de los profesionales manifestaron textualmente que era el principal criterio a tener en cuenta. Lo propuesto por Andrade Palos y Rivera Heredia (2007) denota que los recursos personales son los que ayudan a las personas a prosperar exitosamente en sus

diferentes áreas vitales, contribuyendo a su bienestar y felicidad, así como a protegiendo su salud. Y por otro lado se pudo vislumbrar lo aportado por Sánchez y Paniagua (2010) quienes plantean que las personas invierten sus recursos para manejar las situaciones estresantes y prevenir sus efectos negativos. Esto denota lo esencial que es tener en cuenta a los recursos personales para comunicar un diagnóstico, ya que la devolución de un diagnóstico puede llegar a ser muy negativo y estresante para algunas personas, y éstos son los que van a ayudar a que pueda salir adelante y continuar con su vida más allá del diagnóstico.

Se continuará con las conclusiones obtenidas con respecto a **la influencia del ciclo vital en la comunicación del diagnóstico al usuario**. Dicho criterio suponía un constructo más evidente sobre lo que podían llegar a contestar los profesionales. Es de suma importancia tener en cuenta el ciclo vital del usuario, debido a que se considera que el modo de comunicarse con un niño, un adolescente, un adulto o un geronte es diferente, y existen distintas formaciones profesionales para especializarse en cada ciclo vital. Las características que se poseen en cada etapa del ciclo vital son muy diferentes entre sí, y las nociones cognoscitivas van mutando a lo largo de la vida. Se supone que para poder informar un diagnóstico, el usuario debe estar en condiciones de poder recibirlo y comprenderlo.

Se hizo un análisis de cómo tenían en cuenta esto los terapeutas según cada etapa y se podría resumir en lo siguiente:

En niños se estima que se puede comunicar el diagnóstico, pero no se utilizan términos técnicos ni difíciles de comprender. Se explica todo a partir de un lenguaje simple, se tiene en cuenta que su pensamiento es concreto por lo que se debe ser detallista y responder a las dudas adecuándose a la capacidad de comprensión que tienen. Los terapeutas expresaron que no se menciona la nomenclatura diagnóstica y si se menciona algún síntoma se hace en un lenguaje familiar, o citando lo que ellos mismos traen a terapia. Y por otro lado se determinó que el diagnóstico se comunica más bien a los padres o a instituciones que requieren el mismo, como por ejemplo el colegio. Se trabaja con ellos sobre el significado del diagnóstico, sus repercusiones y se repasan maneras para actuar para poder ayudar al niño en pos al padecer que están transitando. Es importante para el tratamiento del niño que los adultos se encuentren

comprometidos a aceptar el diagnóstico y a ayudar según las indicaciones del terapeuta.

En adolescentes es diferente, a pesar de que en esta etapa ya el desarrollo cognoscitivo está más avanzado y tienen otro nivel de comprensión. Se debe tener en cuenta que el psiquismo en dicha fase se encuentra en constante transformación, tal y como menciona Rice (1997). Se tiene sumo cuidado a la hora de diagnosticar, por un lado porque en esta etapa se está constituyendo la identidad y pueden llegar a tomar al diagnóstico como una gran parte de ésta y cristalizarlo en algunos sentidos. Por otro lado se tiene en cuenta que el diagnóstico no es fijo, al estar en constante transformación, este va cambiando y el comunicarlo puede ser innecesario. Ya se puede utilizar un lenguaje más formal al que se usa con niños, las explicaciones pueden darse de manera más puntual, pero teniendo en cuenta que el nivel de comprensión no es el de un adulto. Y, por último, se razona según la edad del adolescente o el nivel madurativo el comunicar el diagnóstico con un tutor presente o solamente al tutor, debido a los cuidados que se deben tener por lo mencionado previamente.

En cuanto a la adultez, se considera que es una etapa en donde existen ciertas ventajas para considerar la comunicación del diagnóstico. Los recursos en dicho momento están más desarrollados, el nivel de comprensión y comunicación son distintos a los de un adolescente. El adulto es capaz de recibir información, procesarla y expresar inquietudes en cuanto a esto. El lenguaje que se utiliza ya es más técnico, y los diálogos son más fluidos. Los diagnósticos son solicitados por ellos muchas veces, ya en las entrevistas, y no hay necesidad de ser acompañados por un tutor a la hora de recibir la comunicación de un diagnóstico o de cualquier otro tipo de información que puede surgir en la terapia. Los profesionales concuerdan que durante esta etapa la comunicación del diagnóstico es más fácil de efectuar.

Por último se analizó la respuesta en relación a los gerontes. Aquí se notó que los profesionales tienen en cuenta otros aspectos. Lo principal que se mencionó fue la rigidez que aparece en esta etapa del ciclo vital; esto es fundamental a la hora de comunicar un diagnóstico. Se debe abordar con mayor delicadeza, y detallar lo más posible toda la información que el usuario requiera sobre esto. Por otro lado, se

considera primordial destacar que muchas veces el tipo de diagnóstico que se trabaja en la vejez tiene que ver con enfermedades neurodegenerativas. Se tiene mucho cuidado a la hora de decidir informar ésto, ya que las noticias negativas o estresantes pueden tener un gran impacto en ellos, perjudicando el bienestar del usuario.

Se tienen en cuenta las nuevas limitaciones que surgen durante esta etapa y muchas veces se trabaja preferentemente el diagnóstico con las familias más que con el usuario. Se pudo determinar que durante las sesiones terapéuticas no se buscan objetivos tan concretos, sino que se limita un poco a hacer sentir mejor a la persona, rehabilitar aspectos cognitivos o tratar elementos relacionales para mejorar la calidad de vida, es por esto que el diagnóstico puede no llegar a tener gran importancia para los usuarios pertenecientes a este período.

Es importante resaltar que lo descrito anteriormente no es delimitante; se debe tener en cuenta a cada caso en su individualidad, tal y como se menciona en otras categorías. La plasticidad existe en cada etapa del ciclo vital, y es importante poder captar los recursos que tenga cada usuario sin cerrarse en los criterios del ciclo vital al que pertenece.

La última categoría analizada: **Normativas de diagnóstico y tratamiento**, arrojó resultados imprevistos en cierta forma, en comparación con los anteriores. Se pudo afirmar que el derecho del usuario a recibir información sobre su diagnóstico se encuentra establecida por la ley, pero es fundamental abarcar otros aspectos al momento de decidir comunicarlo. El factor que se consideró en estas instancias es la bioética, la misma está basada en ciertos principios, entre ellos el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia, ya mencionados en los principios fundamentales de la bioética. A partir de esto, se pudo notar un contraste entre lo que especifica la ley y lo que se tiene en cuenta desde la perspectiva de la bioética.

Ambos conceptos mencionados deben tener la misma importancia. La problemática se encuentra cuando existen posturas contrapuestas entre una y la otra. En este caso, la comunicación del diagnóstico, se encuentra entre medio de estas dos, ya que por un lado la ley expone que el usuario tiene derecho a recibir el diagnóstico,

pero por otro lado se debe tener en cuenta qué tan benéfico puede ser esto para el usuario en cuestión y si no le puede generar algún tipo de mal.

En el diálogo con los profesionales acerca del conocimiento que tenían sobre las normativas que envuelven al diagnóstico y tratamiento casi todos contestaron que no sabían mucho sobre esto. Gracias a esto, se podría inferir que los profesionales se rigen mucho más por las categorías descritas anteriormente: enfoque teórico, tipo de diagnóstico, recursos personales y ciclo vital antes que por lo instituido por la ley. En cierto sentido, al comienzo esto provocaba en la autora un dilema moral, ya que consideraba a la ley como lo más importante a seguir, pero luego de profundizar en toda la teoría y al conocer lo dictado por la bioética, se pudo determinar que lo que más importa a la hora de comunicar o no un diagnóstico es tener en cuenta la beneficencia al usuario, infiriendo que la ley no es un criterio absoluto.

A partir del presente trabajo, se logró tener una mirada más crítica y aprender sobre las realidades individuales que tiene cada sujeto. Mi mirada hacia los usuarios ha progresado en relación a lo que era antes de transitar las prácticas y poder analizar a fondo algunos aspectos que se desarrollaron en este trabajo integrador final. Al pensar en comunicar un diagnóstico, después de este trabajo creo que se tendrán en cuenta todos los aspectos integrados y se buscará siempre la beneficencia para todos los usuarios, a medida que se adquiera experiencia y continúe aprendiendo.

Se estima que se debe tener en consideración las limitaciones del trabajo, en este caso sería menester el poder entrevistar a una mayor cantidad de profesionales, y añadir otros enfoques de la psicología al trabajo podría ser muy enriquecedor, saliendo del marco del contexto institucional que enmarca la sistematización. También se piensa que pueden llegar a encontrarse más criterios a considerar por los profesionales a la hora de comunicar el diagnóstico, pero se estima que los objetivos planteados en un principio fueron contestados con argumentos adecuados.

En base a lo desarrollado, se propone continuar profundizando sobre el tema. Principalmente se considera que el próximo proyecto que realice se podría destinar a estudiar la repercusión del diagnóstico en los usuarios, pudiendo así profundizar la experiencia y las inquietudes que surgen en pos al diagnóstico. Y, por último, se invita

a quien lea el trabajo a comenzar a cuestionarse sobre la importancia que se le da a la individualidad de cada caso, saliendo de lo que nos dicta la teoría y los manuales, lo que lleva a la pregunta final ¿Se tiene en cuenta siempre la beneficencia de cada usuario?

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, S. (2015). ¿Qué es la evaluación neuropsicológica? *Psicología y actualidad*. Recuperado de: <https://licsoledadalvarez.wordpress.com/2015/07/29/evaluacion-neuropsicologica/>
- Andrade Palos, P. & Rivera Heredia, E. (2007). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(2), 23-40.
- Arango Lasprilla, J.C. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. México: Manual moderno.
- Ardilla, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado de: http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Ardilla, A. & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual moderno.
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*, 29(3).
- Baró, I.M. (2015). Ética profesional: Ética y psicología. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, 11(1), 55-86.
- Bascuñán, M.L. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista médica Chile*, (133), 693-698.
- Bueno Belloch, M. (2010). Diagnóstico y evaluación psicológica en psicoanálisis y terapia psicoanalítica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (10), 165-197.
- Camacho, J. (2006). Los diagnósticos y el DSM IV. Recuperado de: <https://www.scribd.com/document/347528003/Los-diagnosticos-y-el-DSM-docx>

- Cecchetto, S. (2006). Las reglas éticas básicas de la relación sanitaria: Confidencialidad, veracidad, consentimiento informado. *Revista Perspectivas metodológicas*, 6(6), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.18294/pm.2006.533>
- Centro Integral de Neurociencias Almenara. (2017). Trinomio. Córdoba. Recuperado de: <http://trinomio.net/test/#home>
- Cerverio, M.R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 5(2), 155-161.
- Cristóforo, A. (2013). Reseña de Untoiglich, Gisela, et al. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 169-173. Disponible en [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
- De la Cruz, A.C. (2000). . La entrevista. Construcción de una historia. *Revista nuestra ciencia*.
- Del Rio, A. R. (2012). La perspectiva sistémica. *Diferentes modelos y formas de intervención*. Buenos Aires: EditUCES.
- Dulcey Ruiz, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 34(1-2), 18-27.
- Echeburúa, E. & Quemada, J. I. (2008). Funciones y formación del neuropsicólogo clínico: Una propuesta. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 301-306.
- Espinal, I., Gimeno, A. & Gonzalez, F. (s/f). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34.

- Fernández González, S., Maestú Unturbe, F. & Lapedriza, N.P. (2003). El papel de la neuropsicología en la formación del psicólogo. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 2(1), 67-80.
- García, A. G. (1997). ¿El diagnóstico?: ¿mantiene o disuelve el problema? *Sistemas Familiares*. 13(2), 69-72.
- Garriga, J. (2015). Evaluación neuropsicológica. Recuperado de: <http://plenaidentidad.com/evaluacion-neuropsicologica/>
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la asociación de psicoterapia de la República Argentina*. 3(1), 1-21.
- Hersovici, P. (1997). A propósito del diagnóstico. *Sistemas familiares*. 72-91.
- Jara, O. (2010). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. San José, Costa Rica.: *Matinal, Revista de Investigación y Pedagogía*, 4, 67-74.
- Jara, O. (2012). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. 1-17.
- Kaufmann, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Klob, B. & Wishaw, I.Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Editorial médica panamericana. 1-762.
- Kopelovich, M. (2011). Acerca del diagnóstico en psicoanálisis. *Trabajo presentado en Tercer Congreso Internacional de Investigación*. La Plata. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1461/ev.1461.pdf
- Lacan, J. (1976). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan Escritos 1. México D. F.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lerner, H. & Sternbach, S. (2007). *Organizaciones fronterizas- fronteras del psicoanálisis*.

Buenos Aires: Ed. Lugar.

Ley N°26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. 2 de diciembre de 2010.

Ley N° 9848. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba Argentina. 5 de noviembre de 2010.

Ley N° 7106. Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Córdoba, Argentina. 13 de septiembre de 1984.

Lopera Echavarría, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología*, 10(1), 83-98.

Najmanovich, D. (1977) Diagnóstico: Del monólogo de manual a la dinámica de diálogo. *Sistemas Familiares*, 13(2), 1-8.

Mansilla, M.E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en psicología*, 3(2), 106-116.

Mantilla, M. J. & Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales. *Interface*, 19(52), 21-32.

Mongiat, P. E. (2016). *Diagnosticar en psicoterapia* (Trabajo integrador final). Facultad de humanidades y ciencias sociales, departamento de psicología, Buenos Aires, Argentina.

- Mordoh, E., Gurevicz, M. & Lombardi, G. (2007). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de investigaciones de la Universidad de Buenos Aires*, (14), 85-89.
- Mussi, C.M. (2005). Entrenamiento en habilidades terapéuticas, cómo mejorar los resultados en psicoterapia. Nuevo León, México.
- Ocampo Martinez, J. (2013). Bioética y psicología clínica: reflexiones. *Anales Médicos*, 58(4), 253-259.
- Paniagua, E. & Sánchez, A. (2010). Recursos personales- La psicología positiva en las organizaciones. Doi: 10.13140/RG.2.1.5010.0560
- Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano- Estudio del ciclo vital*. México: Ed. Pearson Educación.
- Rodriguez Sutil, R. (1996). La ética de la devolución en el diagnóstico clínico. *Papeles del psicólogo*. (66)1-7.
- Roggia, C. (2018). *Abordaje diagnóstico sistémico*. [Diapositivas de PowerPoint].
- Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Neurol*, 43(1), 57-58.
- Ruiz, A. (s/f). Bases histórico-epistemológicas de la Psicología Cognitiva. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/ricardohsaldivia/bases-historico-epistemologicas-de-la-psicologia-cognitiva>

Ruiz Fernandez, M.A., Diaz Garcia M.I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*, 170 (2), 1-608.

Ruffo Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Rev Neurol*, 43 (1). 57-58.

Serebrinsky, H.A. y Rodriguez, S.E. (2014). *Diagnóstico sistémico*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro ediciones.

Sulle, A., Bur, R., Stasiejko, H. Celotto, I., Montes Quintian, M., Zerba, D. A. & Lobel, G. (2012). Tensiones en la psicología: el tránsito de la diversidad a la complejidad. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.

ANEXO

Entrevista semidirigida a los profesionales.

1. ¿Cuál es tu postura ante la comunicación del diagnóstico al paciente?
2. ¿Creés que tu formación teórica marca un modo de posicionarte frente a la posibilidad de comunicar o no un diagnóstico?
3. ¿Creés que el tipo de diagnóstico (Ansiedad/depresión/psicosis/TLP/demencias, etc.) influye en la comunicación del mismo?
4. ¿Tenés en cuenta los recursos personales que tiene el paciente para la comunicación de éste? (Maduración/red de apoyo/Labilidad emocional/mecanismos de defensa/fortalezas/debilidades/duelos)
5. En tu experiencia ¿Creés que es diferente la comunicación si se trata de niños/adolescentes/adultos/gerontes?
6. ¿Qué conocimiento posees de las normativas respecto al diagnóstico y tratamiento? (Leyes nacionales, estándares internacionales, códigos profesionales)

